Michel
MONTIGNAC

Ediţie nouă integral revizuită

Metoda Montignac pentru femei

a slabi şi a preveni luarea în greutate la toate vârstele

Prefaţa de Dr. Morrison C. Bethea

Martie 2004
Flammarion

SUMAR:

Prefaţă
Cuvânt înainte
Introducere

PRIMA PARTE

Capitolul 1. Mitul cazanului de abur
Capitolul 2. Falsele piste sau ghidul „slăbirii greşite”
Capitolul 3. Compoziţia nutritivă a alimentelor
Capitolul 4. Pentru ce ne-am îngrăşat ?
Capitolul 5. Metoda
Faza I
Faza II
Capitolul 6. Oboseala: şi dacă ar fi alimentaţia ?
Capitolul 7. Prevenirea bolilor cardio-vasculare
Capitolul 8. Alimentaţie şi sport

PARTEA A DOUA

Capitolul 1. Variaţii pe o imagine : Corpul feminin
Capitolul 2. Simbolica alimentului
Capitolul 3. Adolescenta
Capitolul 4. Femeia de 30 ani
Capitolul 5. Femeia de 50 ani
Capitolul 6. Femeia de vârsta a treia
Capitolul 7. Medicamentele perverse

ANEXE

Anexa I : Reţete
Anexa II : Fundamentele metodei Montignac probate ştiinţific de un mare studiu canadian
Anexa III: Adrese utile
Anexa IV: Prima gamă de gastronomie nutriţională

PRESCURTĂRI FOLOSITE:

IG = indice glicemic
Metoda = Metoda lui Michel Montignac
MM = Michel Montignac
M = Montignac
MG = materii grase (grăsime)
IMC = indice de masa corporală (BMI)

PREFAŢĂ

În această nouă carte, care pune în mod mai particular accentul asupra nevoii femeilor, Michel Montignac (MM) ne face o dată în plus, demonstraţia faptului că el nu are doar solide cunoştinţe nutriţionale dar este şi dotat cu un formidabil instinct în acest domeniu.

Nu mai este nici o îndoială de acum înainte, că el a reuşit să se impună prin el însuşi, ca o veritabilă autoritate în materie de nutriţie.

În cursul acestor ultime decenii, medicina a făcut considerabile progrese permiţându-ne diagnostice şi tratamente mai bune dar şi prevenirea nenumăratelor boli. În mod global, sănătatea noastră se află într-o considerabilă ameliorare.

S-a încurajat mai ales îmbunătăţirea obiceiurilor alimentare dar şi practicarea exerciţiilor fizice. Totuşi, când examinăm atent problema nutriţiei, trebuie să recunoaştem că nimic valabil nu a fost cu adevărat propus înainte de apariţia metodei Montignac (M).

Atunci când mare parte din nutriţionişti s-au mulţumit cu o abordare simplistă care constă în reducerea raţiei alimentare zilnice şi mai ales a grăsimilor, pentru a diminua greutatea şi ameliora sănătatea, MM a fost primul care a restabilit abordarea hipocalorică pentru a se concentra asupra adevăratei relaţii care există între diferitele alimente şi răspunsurile biochimice pe care ele le declanşează în corpul nostru. Inspirându-se din studii bine cunoscute, care arată şi explică de ce francezii suferă mult mai puţin de obezitate şi de boli cardio-vasculare decât alte ţări industrializate, MM a stabilit judicios postulatul potrivit căruia metabolismul glucidelor (şi nu cel al grăsimilor sau proteinelor) este cel care era piatra de moară a tuturor programelor nutriţionale.

Ingestia de glucide, care se traduce printr-o secreţie de insulină, constituie factorul dietetic preponderent. Alegând glucidele plecând de la indicele lor glicemic (IG), cum recomandă MM, este posibil să stăpânim secreţia de insulină şi în consecinţă, să acţionăm asupra luării în greutate sau pierderii în greutate.

Regulile se referă la consumul de grăsimi şi de proteine, aşa cum sunt definite de metodă, conducând dealtfel la o ameliorare a sănătăţii. Se ştie că proteinele stimulează secreţia de glucagon, un hormon care contribuie indirect la reducerea grăsimilor de rezervă.

Recent, serviciile noastre din Spitalul Mercy-Baptist din New-Orleans, Statele Unite, au întreprins un studiu asupra aplicării principiilor metodei Montignac.

Primele rezultate, obţinute pe pacienţii noştri, arată nu doar o reducere substanţială a suprasarcinii ponderale, dar de asemenea şi mai cu seamă, pentru mulţi dintre ei, o scădere de la 20 la 30 % a colesterolului lor total.

Sentimentul nostru este că această performanţă este legată direct de diminuarea secreţiei de insulină obţinută cu metoda M. Acesta este motivul pentru care am întreprins, începând de acum, studii aprofundate în cursul cărora măsurăm sistematic insulina, colesterolul şi trigliceridele, ceea ce trebuie să ne permită verificarea ipotezele noastre.

Metoda M reprezintă o incontestabilă contribuţie în domeniul nutriţiei. Ea răspunde în manieră ştiinţifică şi raţională la întrebări care se pun referitor la obişnuinţele noastre alimentare. Înainte de ea, existau lucruri care nu au fost clarificate şi care nu au fost înţelese.

Urmarea metodei nu poate decât să conducă la o sănătate mai bună şi la restituirea fericirii.

Nu este pentru mine nici o îndoială că toate studiile serioase, care sunt de acum înainte întreprinse, vor confirma că MM are dreptate să persevereze pe o nouă cale şi va fi recunoscut într-o zi ca "deschizător de drum".

Doctor Morrison C BETHEA
Şef de serviciu al departamentului
de chirurgie cardiacă
la Mercy-Baptist Hospital
New-Orleans – Statele Unite

Nota bene: această prefaţă a doctorului Bethea a fost scrisă în 1994 cu ocazia publicării primei ediţii a acestei cărţi. Zece ani mai târziu, se va remarca că ipotezele pe care MM le-a formulat la acest moment, nu au fost doar demonstrate în fapte dar că ele au fost de asemenea validate prin numeroase lucrări ştiinţifice. Ca urmare, au fost publicate multe studii despre interesul alegerii glucidelor plecând de la IG-ul lor în scopul de a stăpâni mecanismele metabolice care, prin hiperinsulinism şi insulinorezistenţă, conduc la dezvoltarea obezităţii şi diabetului. În plus, mai multe lucrări specifice despre metoda M au fost realizate în aceasta perioadă şi amintim în special pe cele ale unei echipe de cercetători de la Universitatea Laval din Canada, care au fost publicate în noiembrie 2001 în prestigioasa revistă ştiinţifică ***The British Journal of Nutrition.***
Marele interes al acestui studiu dincolo de faptul că el validează bazele metodei M, este că el probează, cum a remarcat doctorul Bethea în practica sa cotidiană, că urmarea metodei M permite diminuarea considerabilă a factorilor de risc pe plan cardio-vascular (vezi anexa II).

CUVÂNT ÎNAINTE

Metoda M a apărut în 1986 cu publicarea cărţii ***Cum să slăbeşti făcând mese de afaceri.*** Această lucrare se adresa în mod particular unei categorii de oameni şi în mod deosebit acelora care luau frecvent masa la restaurant.

Ţinând cont de succesul important obţinut de această carte, necesitatea de a publica o versiune pentru marele public privind principiile nutriţionale propuse de mine s-a impus rapid. Astfel s-a născut prima versiune din ***Mănânc, deci slăbesc,*** în toamna lui 1997. Foarte asemănătoare în prezentarea principiilor metodei de slăbire, aceasta nouă carte avea o orientare mai domestică şi se adresa unui public mai larg ale cărui mese sunt, în mare parte, preparate şi luate acasă.

Cele două lucrări, având o vocaţie esenţial practică, au fost cunoscute datorită unei abordări simple. Am convenit efectiv de a da prioritate caracterului pedagogic al unei învăţături nutriţionale uşor de pus în practică, pentru a obţine rezultate în acelaşi timp substanţiale şi durabile. În urma metodei de slăbire se profilează, totuşi, o anumită filozofie

alimentară din care rezultă o veritabilă igienă de viaţă, dar cititorul nu o descoperă adesea decât la sfârşit, prin binefacerile fizice pe care le resimte după ce a pus în aplicare recomandările care-l conduc la schimbarea obiceiurilor sale alimentare.

Pentru raţiuni esenţial practice, prezentarea adoptată la început de drum a fost voluntar simplificată. La ce bun, în realitate, să încarci cititorul cu o avalanşă de informaţii ştiinţifice care riscă sa-l distragă de la esenţial? Din această cauză, ideea că metoda M era de inspiraţie disociată (glucide-lipide) a fost folosită pentru mult timp. Ajutat de experienţă, mi s-a părut că mesajul disociativ era mult prea exclusivist, era însă suficient pentru a obţine rezultate. De aceea, începând cu anii 1989 şi 1990, am luat decizia de a introduce un capitol despre indicii glicemici (IG), cei care constituie de fapt, fundamentul de bază al principiilor mele nutriţionale.

Această prezentare suplimentară nu a fost totuşi suficientă pentru a împiedica nutriţioniştii de rea credinţă să continue să prezinte metoda M ca pe o sperietoare. Este cazul, de exemplu, al Dr. Jaques Fricker, care s-a crezut obligat sa inventeze un regim „asociat” pentru a se poziţiona mai bine mediatic în raport cu metoda M. Metoda M se rezuma, după părerea lui, la două principii inspirate din Atkins: „suprimarea glucidelor şi consumul după dorinţă de grăsimi”, ceea ce era total eronat. Aceste afirmaţii mincinoase nu au fost crezute de nimeni şi mai cu seamă de medicii generalişti şi specialişti în boli cardio-vasculare, care au constatat mereu, că în afară de o slăbire substanţială şi durabilă, metoda M conduce la o reglare sistematică a parametrilor sanguini, colesterol şi mai ales trigliceride.

Publicarea acestei a treia cărţi se justifică deci pentru mai multe considerente. Mai întâi, este important să tragem învăţămintele unei abordări nutriţionale care este dovedită, de peste aproape douăzeci de ani, luând în considerare multiplele aplicaţii, studii, mărturii şi comentarii al cărui obiect îl face. Pare apoi important şi necesar de a preciza din nou mesajele esenţiale, de a le înnoi, de a le defini.

Daca metoda M s-a impus în timp, este pentru ca ea nu este un „regim” în sensul tradiţional al termenului, adică restrictiv şi temporar. Succesul său se explică atât de bine pentru că dincolo de slăbire, ea permite regăsirea unei vitalităţi mai bune şi este dealtfel afirmată ca o artă de a trăi mai bine, înscriindu-se şi în cadrul unui concept de sănătate global.

Majoritatea observatorilor critici şi mai ales nutriţioniştii convenţionali sunt de fapt dispreţuitori la adresa adevăratelor intenţii ale primelor două cărţi. Ei nu au reţinut, în mod deliberat, din metodă decât regulile stricte ale fazei I cărora le-au amplificat excesiv austeritatea, denunţând exagerat, de altfel, excluderea unor alimente.

Experienţa practicienilor de teren, precum corespondenţii cititorilor, ne-au arătat contrariul, faza I nu constituie decât o etapă intermediară, mereu perfect bine trăită de către cei interesaţi, care o suportă cu atât mai bine cu cât ea nu este niciodată restrictivă, chiar dacă este -şi trebuie să fie- selectivă. Toţi s-au simţit bine, căci dincolo de aceasta perioadă tranzitorie, principiile adevărate ale metodei sunt în faza II, ceea ce înseamnă o schimbare armonioasă a obiceiurilor alimentare.

În plus, sunt numeroşi cititori care nu aprofundează faza I, reţinând doar marile principii ale metodei şi se instalează chiar de la plecare în faza de croazieră. Mărturiile lor

arată că au obţinut aceleaşi rezultate, dar le-a trebuit evident, mai mult timp pentru a pierde kilogramele, ceea ce nu a fost, de altfel, decât mai benefic pentru stabilizarea lor ponderală.

De aceea noi am ales aici să prezentăm metoda diferit. De acum înainte, vom insista mai mult asupra principiilor fundamentale, ceea ce ne va conduce să înţelegem cum ţările moderne au adoptat progresiv un mod de alimentaţie pervers, ale cărui consecinţe sunt creşterea dramatică a bolilor metabolice, mai ales a obezităţii, diabetului şi afecţiunilor cardio-vasculare.

Vom descoperi cum, printr-o simplă schimbare a obiceiurilor noastre alimentare şi făcând o uşoară înnoire, va fi posibil să inversăm complet tendinţa.

Celor care au o reală problemă referitor la unele alimente (zaharul, de exemplu), celor care au o serioasă problemă de greutate, sau mai mult celor care sunt presate de a afişa rapid rezultate, faza I (care rămâne o simplă etapă intermediară) va continua să le fie propusă. Ele vor putea astfel deodată: să schimbe radical proastele obiceiuri procedând la o veritabilă înnoire, punând organismul lor în repaus pentru a-l face să regăsească o nouă sănătate şi să obţină rezultate în termen scurt. Aceasta fază "tranzitorie" şi "accelerată" îşi va regăsi deci, în mod evident, locul pe care l-a avut întotdeauna în metodă: acela al unei faze opţionale.

Miile de mărturii pe care noi am putut să le culegem de-a lungul anilor de la cititorii noştri, ne-au făcut să luăm cunoştinţă de faptul că aplicarea principiilor nutriţionale pe care le recomandăm se exprimă diferit în funcţie de sex. Cu toate acestea este greşit să pretindem că „acestea merg mai bine la bărbaţi decât la femei", cum au crezut unele persoane că remarcă. Răspunsul nostru a fost întotdeauna că se constată aceeaşi eficacitate indiferent care este sexul dar că, pentru unele femei, funcţionează diferit.

Există multe explicaţii pentru acest fenomen. Femeile care abordează metoda au în general un „trecut hipocaloric foarte încărcat". Unele au chiar multe zeci de ani de regim în urma lor. De aceea, pe scurt, se poate spune, că organismul lor este în defensivă şi cu toată schimbarea alimentară, de altfel salutară, se împiedică obligatoriu de un blocaj. Un medic din Rouen ne-a explicat că la una din pacientele sale a fost nevoit să aştepte şapte luni înainte de a se declanşa slăbirea. Pierderea celor 12 kg ale sale s-a realizat după aceea în câteva săptămâni. Trebuie spus că ea avea în urmă 25 ani de regimuri restrictive!

Dincolo de mai marea lui sensibilitate, organismul feminin este de o mai mare complexitate decât omologul său masculin. Implicaţiile hormonale sunt mai frecvente şi efectele lor secundare pot în unele cazuri, să favorizeze luarea în greutate sau mai puţin frecvent, frânarea procesului de slăbire. Femeia este dealtfel o mai mare consumatoare de medicamente. Ori, este dovedit că unele dintre ele au efecte perverse asupra metabolismului şi pot aşadar, indirect, să constituie o frână la slăbire. Doar schimbarea specialităţii farmaceutice, fără a modifica tratamentul necesar, poate fi suficient pentru a debloca situaţia.

După ani, numeroşi medici, în mare parte medici de teren, prin practicarea zilnică a metodei la clientela lor, au făcut ca problemele luării în greutate ca şi acelea de rezistenţă la slăbire să fie mult mai bine înţelese.

Aceasta carte a putut fi realizată plecând de la experienţa lor şi cu concursul lor. Cititorii şi în particular cititoarele vor putea astfel, în mod veritabil, să optimizeze aplicarea principiilor metodei pentru o mai buna eficacitate.

INTRODUCERE

Îngrăşarea şi cu atât mai mult obezitatea, nu există în natură. Nu se găseşte aproape nici o urmă în regnul animal, cu excepţia animalelor domestice, şi din ce pricină!

În societăţile primitive, obezii erau în general o mare raritate. Doar câteva probleme serioase de sănătate, mai ales de origine hormonală, ar putea explica existenţa cazurilor izolate. Vine de altundeva aceasta tară excepţională a obezităţii care dă loc, în unele etnii, la un veritabil cult al corpolenţilor. *Nec plus ultra*[1] nu putea să se exprime efectiv, decât ca excepţie.

În secolele următoare, mai bine cunoscută de marile civilizaţii, obezitatea devine în general soarta bogaţilor care aveau privilegiul, datorat nivelului lor de trai, de a avea acces la o alimentaţie mai „rafinată". Contrar a ceea ce se poate crede *a priori*[2], bogaţii erau altădată mai graşi decât sărmanii, nu pentru că mâncau în plus ci pentru că mâncau diferit. Veţi înţelege uşor de ce, în capitolele următoare.

Astăzi aceasta tendinţă este total inversată, deoarece, obezi îi socotim de acum încolo mai mult pe cei din categoriile mai defavorizate şi slabi sunt cei mai bogaţi.

Pentru a înţelege bine problema obezităţii actuale, să ne îndreptăm studiul în ţările unde a luat o importanţă asemenea unei catastrofe naţionale: SUA. Acolo, 70% din americani sunt prea graşi (spre deosebire de 38 % în Franţa) şi 35 % sunt obezi (spre deosebire de 12 % în Hexagone).

Dacă istoria ne-a arătat că obezitatea era un subprodus al civilizaţiei (cum era cazul în Egipt sau în Imperiul Roman) este de înţeles ca acest fenomen să fie în mod particular evident astăzi în SUA. Această ţară nu reprezintă de fapt, modelul celei mai avansate civilizaţii moderne, aceea care a amorsat deja faza sa de declin ?

Dacă întrebaţi un medic specialist motivul pentru care natura v-a înzestrat cu o „suprasarcină ponderală notorie" chiar dacă aţi jurat pe marii voştri zei că nu mâncaţi aproape nimic şi că aveţi o activitate fizică normală, el nu va rata ocazia de a vă scoate în evidenţă, ca pe un joker[3], argumentul ereditar.

Dacă un nutriţionist, sau alt dietetician practician, nu reuşeşte să vă facă să slăbiţi, nu aşteptaţi de la el să restabilească abordarea lui dietetică, căci el va considera că nu poate fi decât greşeala voastră. Dacă nu mâncaţi într-adevăr pe ascuns, după opinia lui, singura responsabilă nu va putea fi decât proasta voastră ereditate.

Este adevărat că ereditatea, în materie de obezitate, oferă o foarte importantă predispoziţie, dar ea este uneori, în spatele motivului real. În acest caz, nu este obligatoriu de

---

[1] ***Nec plus ultra*** = ce este mai bun (lat.)
[2] ***a priori*** = înainte de orice experienţă, în mod aprioric (lat.)
[3] **joker** = farsor, bufon, clovn. Aici în sens figurativ : ceea ce dă avantaj

vină această „fatalitate” care vi se aduce prea uşor ca motiv. Acum 100 de ani, nu existau obezi în SUA. Eu înţeleg: nu mai mulţi ca altundeva. Chiar de aceea, nu putem să credem că zecile de milioane de obezi americani din 2003 sunt descendenţii acelor rari obezi care erau o excepţie în secolul XIX şi care ei însuşi o moşteneau de la strămoşii lor!

Curios, majoritatea obezilor americani sunt astăzi negrii. Ori, verii lor africani, ai căror descendenţi sunt, nu sunt obezi. Există deci, ceva ce le scapă pentru că, progresiv, greutatea medie a americanilor creşte din generaţie în generaţie, iar fenomenul e recent deoarece el datează doar de câteva decenii. Nu se poate să nu facem supoziţia că sunt proastele deprinderi alimentare cele care i-au condus progresiv la crearea condiţiilor unei rele ereditǎţi, ceea ce va demonstra că factorul ereditar nu este nativ, ci într-un fel e dobândit!

A doua raţiune în general scoasă în faţă de către specialişti pentru a explica îngrăşarea şi *a fortiori*[4] obezitatea, este „hiperfagia”. Altfel spus, dacă oamenii sunt graşi, este pentru că ei mănâncă prea mult! Vi se explică atunci, cu insistenţă, că ridicarea nivelului de trai şi societatea de consum au făcut pentru contemporanii noştri „mâncărurile” imorale...când ne gândim la subalimentaţii din lumea a treia!

Ori, dacă priviţi în jurul vostru, va trebui să căutaţi mult timp înainte de a găsi clişeul „gras cel care mănâncă tot timpul”, cum vi se arată în mod caricatural în filme. Să nu vă simţiţi prost, în schimb, descoperiţi printre prietenii voştri, relaţiile voastre sau membrii familiilor voastre modele din categoria lacomilor profesionali, aceia care nu numai că nu sunt graşi, dar fac negreşit dovada unei slăbiciuni disperante. Este acela pe care îl vedeţi mereu la pândă după ceva ce ar putea în sfârşit, să-l facă să ia câteva kilograme...

Când întrebăm obezii, vom fi siliţi să constatăm că în ciuda câtorva excepţii, bilanţul caloric al mâncării lor este incredibil de scăzut. Ori acest paradox nu trebuie să ne mire, căci, cum vom avea ocazia de a demonstra mai departe, cu cât oamenii sunt mai graşi cu atât ei socotesc mai în disperare caloriile şi invers.

Dacă găsiţi în podul case voastre meniurile de la nunta, botezul şi comuniunea bunicilor sau părinţilor voştri, veţi fi stupefiaţi de cantitatea fenomenală de hrană pe care ei erau în stare să o înghită în timpurile acelea. Veţi deduce deci uşor, ceea ce dealtfel este dovedit de mult timp, că se poate mult mai bine slăbi în zilele noastre comparativ cu ale lor.

Atunci vi se explică, cu ingeniozitate şi multe detalii, că dacă oamenii puteau mânca atât altădată, este pentru că ei se deplasau mai mult: se plimbau mai mult, făceau efortul de a urca scările, trăiau în case mai puţin încălzite....Era probabil adevărat pentru unii, mai ales din categoriile socio-profesionale mai de jos, dar dacă analizăm situaţia burgheziei epocii, admitem fără dificultate, că se plimbau mai mult de plăcere decât din necesitate. Maşinile erau poate mai puţin răspândite, dar nu se parcurgea Franţa cu bagajul în spate, tot atât ca în urma cu câteva secole. Transporturile în caleşti erau mai utilizate. Se urcau desigur adesea scările, dar putem spune că erau mult mai puţine. Încălzirea centrală, trebuie să ştim, nu era generalizată cum este în timpurile noastre şi acolo unde exista se folosea cu economie, pentru că în acea civilizaţie risipa încă nu apăruse. Trebuie să admitem în schimb, că

[4] ***a fortiori*** = cu atât mai mult; care se impune cu necesitate (lat.)

oamenii erau mult mai acoperiţi ca azi. Cantitatea de haine pe care o purtau era impresionantă şi acest lucru chiar şi vara.

A pretinde astfel că, contemporanii noştri sunt graşi pentru că ei se alimentează cu prea multă energie în raport cu cea cheltuită, nu este foarte convingător. Va trebui să se caute explicaţii în altă parte.

Foarte evident, obezitatea endemică a civilizaţiilor occidentale nu poate fi decât rezultatul derivei progresive a obişnuinţelor noastre alimentare, ceea ce noi cunoaştem de două secole, dar mai ales după al doilea război mondial. Vom înţelege în capitolele următoare, că obezitatea este nu doar direct legată de modul de alimentaţie modern, dar că ea este de asemenea consecinţa urmării succesive de regimuri hipocalorice.

Dar liniştiţi-vă: ceea ce vă va fi explicat în aceasta carte este de o mare simplitate şi demersul pedagogic care este adoptat vă va permite o perfectă asimilare.

Singurul lucru pe care pot să vi-l cer stăruitor, este de a face un mic efort pentru a citi cu atenţie cele câteva pagini de explicaţii care se găsesc în capitolele următoare. Fără aceste date „preliminare" esenţiale, vă va fi greu să puteţi pune în practică, cu eficacitate, principiile nutriţionale ale metodei.

Sunt mereu, profund întristat, când întâlnesc o persoană care pretinde că a ţinut „regimul M", cum îl denumeşte ea impropriu, a pierdut 10 kg fără probleme şi a pus apoi la loc jumătate. Este vorba invariabil de o persoană care n-a citit niciodată cartea mea, dar care este foarte mulţumită de a urma câteva principii de bază, izolate de context. Aplicarea acestor principii fără a le gândi, poate în fapt, permite obţinerea de rezultate rapide, dar o dată ce se atinge acest stadiu, dacă nu se va urma „ca la carte", înţelegându-se de ce s-a pierdut în greutate, va apare, foarte natural, tentaţia de a reveni la vechiul mod de alimentaţie. Aceleaşi cauze produc aceleaşi efecte, în mare parte se vor lua foarte simplu kilogramele pierdute...

Dacă vă recunoaşteţi în acest scenariu pe care l-am evocat, ştiţi înainte de toate că metoda M, încă o dată, nu este un „regim". Este vorba despre o filozofie de viaţă conducând la adoptarea unor obiceiuri alimentare noi, bazate în esenţial pe bune alegeri. Pe măsură ce veţi asimila tentaţiile şi reuşitele, ceea ce e simplu, aplicarea acestor principii va fi pentru voi un joc de copii.

Dacă aveţi efectiv această carte în mâini este pentru că vă doriţi să vă debarasaţi o dată pentru totdeauna de acele kilograme inutile care vă îngreunează existenţa.

Citind cu atenţie capitolele care urmează, veţi ajunge, în primul rând să înţelegeţi de ce dietetică tradiţională v-a minţit făcându-vă să credeţi că este suficient să mâncaţi mai puţin pentru a slăbi. De altfel, veţi afla din experienţă, că acest lucru era greşit. În al doilea rând, veţi înţelege de ce şi cum aţi luat kilogramele inutile. În final veţi fi convins de faptul că nu există decât o singură soluţie pentru a vă debarasa de ele definitiv: MÂNCAŢI! Dar mâncaţi diferit...

PRIMA PARTE

1

MITUL CAZANULUI CU ABURI

Am înţeles bine, graţie celor precedente, că obezitatea era un subprodus al civilizaţiei. Dar chiar dacă am remarcat de-a lungul istoriei că silueta unor privilegiaţi – comandanţi militari, aristocraţi, burghezi sau ecleziaşti - era un pic îngreunată, suntem forţaţi să constatăm că obezitatea nu a rămas mereu, decât o afecţiune marginală. A fost nevoie să aşteptăm mijlocul secolului XX, pentru că problema a izbucnit într-adevăr şi a luat proporţii îngrijorătoare, care se cunosc astăzi în SUA. Ori, acestea sunt condiţiile socioculturale particulare care au prezidat înflorirea acestui fenomen.

Acum mai puţin de 60 de ani, hrana reprezenta pentru contemporanii noştri ceea ce ea mereu a reprezentat de-a lungul secolelor: „sursa vieţii”. Fiecare era convins că maniera în care se hrăneşte condiţionează starea lui de sănătate şi că hrana sa este „cea mai bună medicină”, cum a afirmat Hippocrate cinci secole î.Hr. Aceasta din urmă, avea cu atât mai multă importanţă în acea epocă cu cât era mai rară şi scumpă. Cu mai puţin de un secol în urmă, spectrul foametei sau cel puţin privaţiunile, adică restricţiile, erau încă prezente în toate spiritele. Astăzi coşul gospodinei se năruie de abundenţă. Din acest punct, alimentele sunt banalizate pentru că risipa, pe care o dovedesc mare parte din contemporanii noştri, a devenit o insultă pentru înfometaţii lumii a treia.

De acum încolo să ne câştigăm pâinea cu sudoarea frunţii, căci lăzile de gunoi sunt pline. Altădată, resturile domestice erau minuţios adaptate sau mai preţios recuperate pentru a hrăni animalele. În zilele noastre, ele merg direct amestecate cu alte mizerii, ce a produs societatea de consum !

Trebuie ca un eveniment important să se producă pentru ca această atitudine de lipsă de respect cu privire la hrană, să se dezvolte în mod progresiv. Acest eveniment nu are alt nume decât „pletoră alimentară”. Rezultat al revoluţiei agroalimentare de la sfârşitul celui de-al doilea război mondial, ea a banalizat „mana” noastră cotidiană şi bulversează mentalităţile noastre.

După 1945, societatea noastră a trebuit să facă faţă la două probleme majore:

- o importantă creştere a populaţiei, ca urmare a exploziei demografice (baby-boom) de după război şi sosirii zecilor de mii de refugiaţi;
- un urbanism intens, consecinţă a fenomenului precedent, dar şi migrării progresive a ţăranilor.

A fost deci necesar să se producă în plus şi mai ales diferit, căci pentru prima dată în istoria umanităţii exista brusc un decalaj între zonele de producţie alimentară şi zonele de consum.

În 1950, 80% din ceea ce se consuma într-un oraş de provincie de medie importanţă era produs în aproximativ 50 km. Cele 20 % rămase veneau din departamentele din jur sau din alte ţări. Astăzi raportul este inversat.

În plus, atunci când alimentele erau produse pe loc, reziduurile şi deşeurile erau reciclate ca îngrăşăminte. Începând din momentul în care încep să exporte, nimic nu s-a putut recupera şi a trebuit să se recurgă la alte modalităţi de fertilizare.

In timpul acestor ultimi 50 de ani, industria agroalimentară nu a încetat să se dezvolte sprijinindu-se pe un larg evantai de tehnologii, toate mai performante unele ca altele. Această revoluţie a avut mai multe consecinţe.

1. **A permis creşterea considerabilă a randamentelor:**

- prin mecanizare;
- prin utilizarea masivă de îngrăşăminte chimice;
- prin generalizarea utilizării pesticidelor, insecticidelor si fungicidelor;
- prin organizarea unei creşteri industriale intensive.

2. **A permis dezvoltarea tehnicilor de conservare:**

- prin generalizarea refrigerării şi a congelării;
- prin utilizarea aditivilor alimentari şi a altor conservanţi chimici.

Rezultatul tuturor acestor măsuri a fost în fapt, mult superior previziunilor, ceea ce a permis total unei părţi din umanitate să intre într-o fază de abundenţă alimentară.

Chiar de la debutul acestei perioade de transformare a peisajului agroalimentar, observatorii nu au pierdut ocazia de a sublinia că îngrăşarea medie a populaţiei occidentale crescuse într-un mod semnificativ.

În SUA, încă din anii 1930, încep să se caute soluţii la problema obezităţii. Oamenii de ştiinţă ai epocii –căci nici dietetica, nici nutriţia nu erau considerate ca specializări medicale- se gândesc la problemă şi emit o ipoteză: dacă curba greutăţii contemporanilor lor se ambalase deodată, în momentul în care occidentul intra într-o veritabilă eră de supraabundenţă alimentară, era verosimil să existe o relaţie cauză-efect. Şi aşa s-a născut mitul „omului–cazan de abur”.

Organismul uman, se gândeau ei, funcţionează ca un cazan cu abur. Pentru a trăi, el are nevoie de o energie care îi este furnizată prin alimentaţie. Era deci pe de o parte aport energetic şi pe de altă parte cheltuială. Îngrăşarea şi *a fortiori* obezitatea nu putea deci să fie decât consecinţa unui dezechilibru între „intrări” şi „ieşiri”. În alţi termeni, kilogramele în plus nu erau decât un reziduu energetic.

Ori, din două unul: fie era prea mult aport, fie pierderea nu era destul de importantă. Adică: dacă era gras era fie că mânca prea mult, fie că nu făcea destul exerciţiu fizic, sau amândouă deodată.

Plecând de la această ipoteză simplistă, dar în conformitate cu o anume logică, teoria hipocalorică a fost elaborată. Din moment ce aporturile energetice erau cuantificabile în unităţi valorice calorice, toate alimentele puteau astfel, în funcţie de greutatea lor şi de categoria căreia îi aparţineau (glucide, lipide, protide), să fie clasificate după puterea lor calorică.

Totuşi, acest raţionament era deja atins de eroare de la plecare, pentru că se socoteau caloriile în farfurie fără să se ţină seama de ceea ce se petrece realmente în timpul digestiei.

De aici s-a născut dietetica convenţională, voluntar restrictivă, deoarece era de esenţă hipocalorică. Stabilind că organismul uman avea nevoie de aproximativ 2500 de calorii pe zi, ea explica de asemenea, că în funcţie de consumul energetic real se poate merge pe variaţia greutăţii într-un sens sau altul. Astfel, dacă se consumă 3000 de calorii pe zi, se creează un excedent de 500 de calorii care va fi pus în rezervă, antrenând o luare în greutate. Dacă, în schimb, se mulţumeşte cu 2000 de calorii, se creează atunci un deficit de 500 de calorii, obligând organismul să consume din grăsimile sale de rezervă pentru a compensa diferenţa, ceea ce ar antrena o pierdere în greutate.

Altfel spus, teoria caloriilor aplicată nutriţiei afirma că pentru a slăbi, este suficient să mănânci mai puţin şi invers spus, dacă te îngraşi este pentru că mănânci prea mult.

Aceasta este schema simplificată, bazată pe o credinţă naivă, care a dominat dietetica acestor ultime decenii. Ori este, din nefericire, ceea ce se vehiculează mereu în mod oficial, în serviciile de nutriţie ale spitalelor şi ceea ce se predă încă în şcolile de dietetică.

A raţiona după modelul energetic, cum fac încă toţi profesioniştii dieteticii, înseamnă ignorarea deliberată a fenomenelor de adaptare şi de reglare a corpului uman, înseamnă tăgăduirea particularităţilor personale care fac ca fiecare individ să fie unic şi înseamnă mereu, tăinuirea influenţei factorului calitativ al alimentului.

Contrar ideilor preconcepute, obez nu este obligatoriu cineva care mănâncă mult. În majoritatea cazurilor, este chiar contrariul. Statisticile care au fost realizate pe populaţii de obezi (în Franţa ca şi în toate ţările occidentale) arată că:

- 15 % doar din obezi mănâncă mult (2500 la 3500 calorii);
- 35 % din obezi mănâncă normal (1800 la 2500 calorii);
- 50 % din obezi mănâncă puţin (800 la 1500 calorii).

În lumea competiţiilor sportive, se poate dealtfel remarca că pentru menţinerea unei stabilităţi ponderale, aportul caloric poate varia de la 2500 la 9000 de calorii în funcţie nu de specialitate ci de indivizi.

Maratonistul Alain Mimoun îşi menţine greutatea şi îşi asigură perfect antrenamentul său dur cu doar 2000 de calorii pe zi, pe când alergătorul ciclist Jacques Anquetil avea nevoie de 6000 de calorii pentru greutatea şi conservarea formei sale.

De bine ce ea poate fi în mod curios discretă referitor la acest subiect, literatura medicală a publicat totuşi un mare număr de studii care arată că diferenţa aportului caloric este neînsemnată indiferent că subiecţii sunt slabi, normali, graşi sau obezi. În realitate, numeroase studii au arătat că nu există o corelaţie semnificativă între corpolenţă şi aportul energetic.

Dar cel mai bun mijloc de a fi convinşi de ineficacitatea abordării hipocalorice, este de a analiza rezultatele acesteia în ţările unde ea este prezentă cotidian: in SUA.

88 milioane de americani urmează în permanenţă regimuri bazate pe calorii şi acest lucru de peste 50 de ani. Mesajul caloric este la ei omniprezent. Parcurgând comunicaţiile audiovizuale şi mai ales spoturile publicitare, această cultură dietetică este în permanenţă întreţinută în spiritul lor. Şi pentru a fi siguri că obţin rezultate americanii care fac mereu

lucrurile la extrem, nu se străduiesc doar să calculeze caloriile, dar se înverşunează în mod egal, într-o o manieră cvasiobsesivă, să facă multe exerciţii fizice pentru a fi siguri de arderea la maxim a energiei. Ori statisticile referitoare la obezitate în USA ne arată o situaţie catastrofală.

În condiţiile în care, mai mult de o treime din populaţie urmează cu îndârjire regimuri hipocalorice şi practică zilnic exerciţii fizice intense, americanii sunt, paradoxal, cei mai graşi din lume. Două treimi din populaţie au o greutate excesivă, comparativ cu o treime în Franţa, şi un american din trei este obez, comparativ cu unul la opt în ţara noastră. Toate acestea fără a fi posibil în realitate, să comparăm relativii-obezi francezi cu super-obezii americani...căci în mod curent întâlnim în America, oameni care au peste 200 kg.

Un documentar realizat despre obezitate în SUA şi difuzat în noiembrie 1990 pe TF1, a arătat un specimen de 460 kg şi *Cartea recordurilor Guiness* a semnalat că greutatea maximă care n-a fost atinsă niciodată de un om era de 620 kg. Era vorba natural, de un om de naţionalitate americană.

Este adevărat că dacă vrem să înţelegem bine de ce dietetica hipocalorică care ni se propune de 50 de ani, este dietetica eşecului în SUA este foarte uşor de verificat.

Dar în toate ţările occidentale unde ea este aplicată cu aceeaşi perseverenţă, rezultatele sunt de aceeaşi natură, adică catastrofale.

Ştiam că dietetica hipocalorică era ineficace, căci rezultatul aplicării sale a dus mereu la eşec, ştim de acum înainte de ce. Ipoteza pe care se bazează este falsă şi nu are nici un fundament ştiinţific. Vom descoperi, în capitolele următoare, că este şi periculoasă.

2

FALSELE PISTE SAU GHIDUL „SLĂBIRII GREŞITE”

REGIMURI PE BAZĂ DE CALORII: PERICOL !

Am văzut până acum, că în plan istoric, era născut conceptul echilibrului energetic al corpului uman aşadar că de aceea ideea regimului pe bază de calorii este aplicată. Avem astăzi suficiente informaţii obţinute în urma aplicării ei pentru a-i constata ineficacitatea.

Profesorul David Gartner, de la universitatea din Michigan consideră, împreună cu un număr de colegi, că primul factor al obezităţii în SUA „este urmarea succesivă a regimurilor hipocalorice”. Profesorul Walter Willett, de la Harvard Medical School, unul dintre cei mai mari oameni de ştiinţă americani, este încă şi mai categoric în acest domeniu. El consideră efectiv, că „ la originea creşterii dramatice a obezităţii în aceste ultime decenii, sunt sigur recomandările oficiale ale nutriţioniştilor”.

Toţi aceia şi mai ales acelea care au ţinut o dată un regim hipocaloric ştiu că, într-o primă fază, se obţin în general rezultate, dar că nu ajung niciodată să se stabilizeze.

Mai rău încă, în numeroase cazuri este posibil ca ulterior să se regăsească cu un câştig suplimentar în greutate. Vom încerca să înţelegem de ce, examinând comportamentul organismului uman.

Să ne imaginăm că raţia zilnică a unui individ este de circa 2500 de calorii, şi că acest individ suferă de câteva kg în plus. Dacă îi reducem raţia la 2000 de calorii, printr-o abordare hipocalorică clasică, vom crea un deficit de 500 de calorii. Organismul care este obişnuit să primească 2500 de calorii, se va găsi în pierdere şi va consuma echivalentul celor 500 de calorii pierzând din grăsimile de rezervă. Se va obţine astfel, o slăbire corespunzătoare.

După ceva timp, de o durată variabilă de la un individ la altul, se va remarca că slăbirea nu se mai produce în condiţiile în care regimul hipocaloric este menţinut. Aceasta pentru că el, progresiv, va ajusta „intrările” şi „ieşirile”. În măsura în care nu îi mai aducem decât 2000 calorii pe zi, organismul decide de a se mulţumi cu acestea şi asistăm la o stagnare a greutăţii.

Dacă decidem să prelungim experienţa, gândind că pierderea în greutate va reîncepe poate după ce vom atinge un palier, decepţia va fi şi mai mare. Se va observa efectiv că, curba greutăţii reia deliberat o direcţie ascendentă.

Paradoxal, atunci când mâncăm mai puţin, ne îngrăşăm. Explicaţia este simplă. Organismul uman este efectiv animat, de un instinct de supravieţuire care se pune în acţiune în momentul în care, subit, apare o ameninţare, în acest caz o restricţie. Cum reducerea aportului energetic este continuată, după ce cheltuielile au fost ajustate în funcţie de aporturi, organismul este condus de instinctul de supravieţuire să reducă încă aportul. Ceea ce se petrece la 1700 de calorii, spre exemplu, aşa că rezervele se pot constitui din nou.

Nu trebuie să uităm că privaţiunile, datorate acestor înfometări şi altor înfometări mai vechi, nu sunt îndepărtate şi că amintirea lor este îngropată în memoria inconştientă, ele pot reveni la cea mai mică alertă.

În fapt, organismul uman este animat de acelaşi instinct de supravieţuire ca şi un câine care îngroapă oasele sale atunci când moare de foame. Curios este că cu toate că este înfometat, întotdeauna animalul face apel la instinctul sau de conservare pentru a-şi constitui rezerve.

Dealtfel, când organismul este în situaţia de lipsă, adică este subalimentat, este în mod particular în defensivă şi nu pierde nici o ocazie de a face rezerve până când apare posibilitatea de a primi. Obişnuiţii regimurilor hipocalorice ştiu dealtfel foarte bine, că cea mai mică renunţare la regim, timp de un week-end de exemplu, poate să îl facă să repună dintr-o singură lovitură, 2 până la 3 kg, pentru care i-au fost necesare săptămâni să le piardă. Este de asemenea una din raţiunile pentru care noi sfătuim cititorii noştri să nu sără niciodată o masă, ceea ce fac totuşi numeroase persoane. Privându-se de hrană la o masă, ei înnebunesc organismul care pe drept, fiind în situaţia de a suporta o frustrare, profită pentru a face rezerve la masa următoare.

Obiceiul, care constă în a nu de mâncare câinelui său decât o dată pe zi (din raţiuni practice evident), este la fel de stupid şi poate explica în numeroase cazuri, suprasarcina ponderală a animalelor domestice. Dealtfel, experienţele care au fost făcute pe animale de laborator au arătat foarte bine că pentru o aceeaşi cantitate de hrană pe zi, animalele care nu aveau decât o singură masă deveneau în timp obeze şi cele care primeau echivalentul acesteia repartizat în cinci sau şase mese pe zi, îşi păstrau greutatea optimă.

Am semnalat deja că obezitatea femeii poate fi mai rebelă ca cea a bărbatului, ceea ce este legat de filozofia ei particulară. Vom trata problema în detaliu în a doua parte a cărţii.

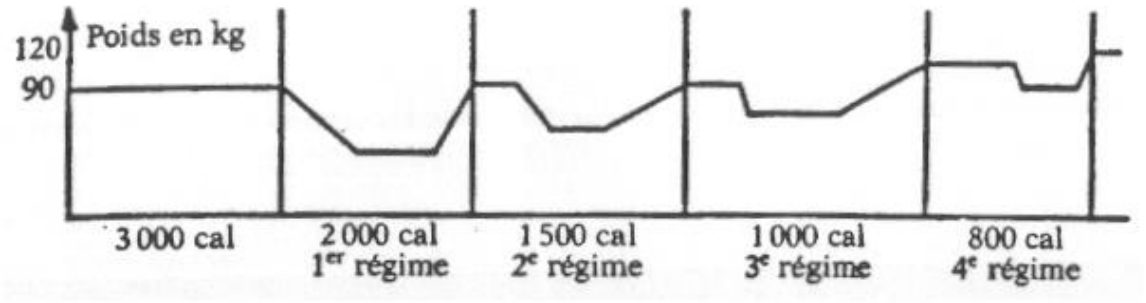
Acolo vom preciza mai ales, că dacă masa de grăsime a organismului feminin este superioară celei a bărbatului, este vorba de un număr mai important de celule de grăsime (adipocite). Se ştie de mult timp, că obezitatea la femei se produce (ca şi la bărbaţi) printr-o creştere a volumului fiecărei celule de grăsime, dar ea se produce de asemenea, printr-o multiplicare a numărului celulelor sale. Drama este cu atât mai de mare, cu cât această situaţie e ireversibilă. Pe cât este de posibil să reuşim diminuarea volumului unei celule de grăsime, pe atât e de imposibil să reducem numărul lor după ce creşte.

Ori studiile au arătat că, adesea, în cazurile unui proces de restricţii alimentare (regim hipocaloric), organismul feminin, prin acţionarea instinctului de supravieţuire, fabrică noi celule de grăsime. Din nefericire, acest procedeu este cel care îi permite să recupereze cu atât mai repede obezitatea pierdută (şi mai ales de a-i creşte volumul), cu cât potenţialul său va fi crescut.

Regimul hipocaloric este iluzoriu şi ineficace, aşa cum am demonstrat, dar este în plus periculos, căci va avea ca efect consolidarea potenţialului de obezitate la femei, crescând insidios capitalul celulelor de grăsime.

Când se studiază istoricul unui obez (mai mult de 15 sau 20 kg. în raport cu greutatea normală), se face socoteala în majoritatea cazurilor că esenţialul acestei suprasarcini

ponderale a fost creat în mai mulţi ani, prin punerea în practică a regimurilor hipocalorice succesive.



Le calvaire du sous-alimenté ou le martyre de l'obèse

Calvarul subalimentatului sau martiriul obezului

Se vede bine, în exemplul de mai sus, că plecând de la o greutate stabilizată la 90 kg cu o alimentaţie de 3000 de calorii, un individ se regăseşte câţiva ani mai târziu la 120 kg, în condiţiile în care el nu consumă decât 800 de calorii.

De fiecare dată când un regim hipocaloric a fost introdus se pot constata cele trei faze următoare: slăbire, stabilizare, reluare în greutate. Ceea ce e important de notat este că în timp ce noi regimuri sunt întreprinse, randamentul este din ce în ce mai slab. La început, curba greutăţii revine mai mult sau mai puţin la valoarea de plecare apoi pe măsură ce avansează în timp, se produce un câştig suplimentar al greutăţii.

Astfel, în încăpăţânarea de a vrea să piardă 5 kg atunci când erau stabilizate la o greutate, unele persoane se regăsesc 15 ani mai târziu cu o suprasarcină ponderală de 30 kg., fiind complet subalimentate.

Mereu medicii ne spun, că au întâlnit printre clientela lor, pacienţi care cu preţul unui raţionament sever controlat şi al unor enorme frustrări (generate de regimuri la 800 de calorii), ajung nu doar să nu slăbească dar mai des continuă să ia kg.

Situaţia este cu atât mai dramatică cu cât cu diverse „regimuri sărmane" aceste persoane sunt complet secătuite de nutrimente indispensabile (acizi graşi esenţiali, săruri minerale, vitamine, oligoelemente) ceea ce produce o mare oboseală dar şi o mare vulnerabilitate faţă de boli, mijloacele lor de apărare fiind reduse.

În plus, o mare parte dintre ele, devin depresive, chiar anorexice. Ele nu au deci, decât să schimbe specialistul, părăsind nutriţionistul pentru a ateriza la psihiatru.

În sfârşit, aceste „obezităţi armonică" favorizează apariţia bolilor cardio-vasculare, iar în situaţia absenţei hipercolesterolemiei, diabet sau tabagism.

Profgesorul Bronwell, de la Universitatea din Pensilvania, a studiat fenomenul pe şobolanii de laborator, a căror alimentaţie era constituită dintr-o alternanţă de regimuri bogate şi regimuri sărace în calorii. Animalele câştigau şi pierdeau în greutate dar ritmul de câştig şi de pierdere varia la fiecare nou regim. În cursul primului regim, şobolanul pierdea din greutate în 21 de zile şi repunea la loc în 46 zile. În timpul celui de-al doilea regim,

şobolanul pierdea aceeaşi greutate în 56 zile şi repunea totul în 14 zile. În continuare pierderea în greutate era din ce în ce mai dificil de obţinut şi repunerea din ce în ce mai rapidă. Se dovedeşte astfel, că metabolismul se adaptează la reducerea calorică. Tot deficitul caloric poate efectiv reduce cheltuielile metabolice cu mai mult de 50 %, dar când totul revine la normal, în scurt timp, apare o brutală reluare în greutate. În fine, cu cât intervalul între regim şi alimentarea obişnuită este mai mare, cu atât revenirea ponderală se face mai repede.

Efectul acestor „regimuri armonică", care se sfârşesc cu o variaţie a greutăţii în Yo-Yo şi cu o rezistenţă la slăbit crescând progresiv, este totuşi bine cunoscut dar paradoxal, nu e decât foarte timid denunţat de specialişti, ca şi cum ar exista un soi de conspiraţie a tăcerii. Este ca şi cum le e frică să mărturisească astăzi, ceea ce după 50 ani va fi evident.

Trebuie totuşi, să salutăm iniţiativa profesorului Apfelbaum care, în cursul Congresului Internaţional din Anvers în septembrie 1993, a răspuns afirmativ la întrebarea pe care el însuşi a pus-o: „În ce priveşte tratamentul obezităţii, suntem noi cu toţii înşelaţi ?"

Curios, publicul, el însuşi fiind totuşi primul care are de pierdut şi adesea de suferit, nu este întotdeauna pregătit să accepte adevărul. Profitând într-o zi, de invitaţia care mi-a fost adresată pentru a participa la o mare dezbatere televizată despre obezitate, am fost tentat, dar fără mare succes, să abordez subiectul pentru câteva minute. Emisiunea fiind retransmisă, pasajul a fost tăiat în momentul difuzării şi aceasta din cauza lipsei de interes fără îndoială.

O jurnalistă reputată pentru scrierile sale serioase despre sănătate, istoriseşte că a publicat într-o zi un lung articol în care denunţa regimurile hipocalorice şi explica dorinţa noastră de a le ţine precum şi care este pericolul. Rezultat: un drac! Nici o singura scrisoare de la cititori. Indiferenţă totală, în condiţiile în care cel mai mic „regim miracol" face mereu vâlvă.

Trebuie să spunem că „fenomenul hipocaloric" a dobândit în societatea noastră occidentală, o veritabilă dimensiune culturală. El a şi fost, aici ca şi pretutindeni şi mai ales pe continentul american, instituţionalizat la toate nivelurile. Cum am putea restabili un principiu care este înscris de stat în programe la toate facultăţile de medicină, care este baza de învăţământ pentru şcolile oficiale de dietetică, care este în vigoare în toate colectivităţile, spitale, şcoli şi întreprinderi?

Cum am putea restabili un principiu care subminează o parte importantă din ţesătura economică a societăţii noastre occidentale?

Industria alimentară este una din cele care înfloresc azi. Ea este şi în unele ţări ca Franţa, prima din toate şi una din multele prospere. Când se vizitează un salon ca SIAL[5], ne dăm seama că toate eforturile industriilor, adică dezvoltarea lor, se înscriu în logica hipocalorică. Toate studiile de marketing sunt formate: în acest sens trebuie să se orienteze piaţa de mâine! Toate noile produse sunt deci elaborate în consecinţă. Totuşi, „reducerile (de calorii)" au pierdut teren de-a lungul anilor.

[5] Salon internaţional al industriei alimentare, importantă manifestaţie care se ţine în fiecare an în luna noiembrie la Villepinte, aproape de Roissy-en-France.

Lanţurile hoteliere au şi ele virusul bazat pe calorie. Sunt mulţi cei care au înscris deja în cartea restaurantelor lor, meniuri bazate pe calorii. Alţii au creat secţiuni separate, unde în loc de *maître d`hôtel* este un dietetician care oficiază.

PACHEŢELELE ÎNŞELĂTOARE DE PROTEINE

Trebuie să ştim că, printre cele mai hipocalorice abordări, există VLCD[6] („very low calories diet") sau regimurile pe bază de pacheţele de proteine.

Această dietă proteică, care va trebui să fie teoretic, rezervată obezităţilor serioase (cu un BMI[7] superior lui 30), este greşit prescrisă încă, de către unii medici de oraş şi face de asemenea parte din automedicaţia femeilor care se decid singure să o ţină, fără să o urmeze corect din punct de vedere medical.

Care este principiul lor ?

Se acţionează prin substituirea alimentaţiei normale, timp de 20 până la 30 zile, cu 55 până la 75 g de proteine în pudră (care se diluează) sau preparată sub formă lichidă. Aceste proteine aduc aproximativ 500 de calorii pe zi (şi uneori mai puţin!). Li se asociază un supliment de vitamine şi minerale ca şi o priză de băutură abundentă (pe puţin 2 litri pe zi).

Aportul proteic al acestor pacheţele permite evitarea pierderii masei musculare şi absenţa glucidelor reduce glicemia şi secreţia de insulină. Aceasta din urmă, permite în mod egal crearea corpilor cetonici, care în 48 ore taie pofta de mâncare şi dă subiectului puţină euforie. Organismul este atunci obligat să fabrice glucoza de care are nevoie pentru a scăpa de grăsimile de rezervă; este neoglucogeneza. Până ce rezervele lipidice se topesc (lipoliza), subiectul slăbeşte.

Care sunt inconvenientele lor ?

Studiile ştiinţifice făcute asupra diferitelor sectoare corporale, au arătat că are loc de asemenea o topire a muşchilor (proteine) în timpul primelor 19 zile şi că bilanţul nu se echilibrează decât începând cu a 20-a zi.

Aproape 25 % din pierderea în greutate se realizează de fapt prin pierderea masei musculare. Dar este adevărat că în obezitate slăbirea masei musculare are loc oricum.

Importanta pierdere de săruri favorizează în o pierdere de apă suplimentară, care are mereu efect asupra balanţei...Ori, pierderea de apă trebuie supravegheată, ca să nu provoace căderi de tensiune arterială. Această hipotensiune arterială este datorată absenţei glucidelor care provoacă pierdere de sodiu şi de apă.

---

[6] dietă foarte slabă în calorii

[7] "Bady mass index", indice de masă corporală. Vezi primul capitol din partea a doua.

În consecinţă la oprirea dietei este imperativ să se reintroducă glucidele în mod progresiv, căci dacă sunt absorbite în cantităţi mari, se produce apariţia de edeme cauzate de o brutală retenţie de apă.

Efectele secundare ale VLCD sunt numeroase:

- creşterea concentraţiei de acid uric: de la 10 la 20%;
- hipotensiune arterială: de la 8 la 10%;
- căderi de păr: 9%;
- constipaţie: de la 8 la 10%;
- oboseală: 8%;
- unghii casante: 8%;
- piele uscată: 8%;
- intoleranţă la frig: 8%;
- crampe musculare: 7%;
- tulburări de ciclu menstrual: 6%;
- stări depresive: 5%;
- dureri de cap: 3%.

Hiperuricemia (concentraţia ridicată a acidului uric) persistă circa 3 săptămâni. În scopul de a limita riscurile (crize de gută sau colici nefritice prin formarea de calculi renali), este capital să se bea multă apă.

Constipaţia este normală pentru că nu există aport de alimente solide. Se poate combate mâncând salate pregătite cu zeamă de lămâie.

Complicaţia cea mai dramatică, care poate surveni în mod excepţional, este moartea subită. În SUA, Food end Drug Administration a evidenţiat numeroase decese datorate acestor „regimuri cu conţinut foarte scăzut în calorii" ! Este vorba în acest caz de femeile care fără nici un antecedent particular, au făcut fibrilaţie auriculară şi un stop cardiac ireversibil. În cea mai mare parte a cazurilor s-a pus în evidenţă proasta calitate a proteinelor consumate. Ele erau sărace în triptofane şi erau lipsite de suplimentul necesar de potasiu. În alte cazuri, nu a putut fi găsită nici o cauză evidentă, posibil ca aceasta să fie urmarea tratamentului timp de 5 la 6 luni, în condiţiile în care dieta proteică nu trebuie să depăşească 4 săptămâni. Când se ştie că aceste „tratamente" se vând liber în farmacii, nu putem fi decât îngroziţi, căci nu trebuie să fie prescrise decât subiecţilor cu un indice de masă corporală mai mare ca 30 şi care trebuie să aibă efectuat în prealabil, un bilanţ complet a funcţiilor renale şi cardiace. O nouă cură trebuie făcută după un interval de 3 luni.

Este chiar evident, că aceste cure trebuie ţinute sub controlul unei echipe medicale competente, în codiţii de spital şi sub strictă supraveghere cardiologică.

Putem să fim siguri că, o dată ameţit de rezultate promiţătoare, obezul nu va fi tentat să urmeze tratamentul mai mult de 2 luni?

În ce-i priveşte pe cei care nu urmează acest tip de dietă decât timp de 8 până la 10 zile, de ocazie, ei trebuie să ştie că dieta nu produce în timpul primei săptămâni, decât o slăbire musculară şi o pierdere de apă. Nu există nici o diminuare a masei de grăsime, de aceea ei nu slăbesc!

Aceste privaţiuni draconice nu le garantează nici o pierdere in greutate, pentru că, aşa cum a arătat studiul realizat de Van Goal asupra a 400 cazuri, nu există decât:

- 38 % de succese pe 6 luni;
- 31 % pe un an;
- 14 % pe 2 ani.

Un studiu recent publicat de Universitatea din Pensilvania, nu a indicat decât 2 % reuşite timp de 5 ani.

Profesorul Apfelbaum, care a repurtat o ardentă defensivă asupra acestei diete proteice timp de 25 ani, a avut curajul în Congresul Internaţional al obezităţii de la Anvers din 1993, să recunoască inutilitatea sa, concluzionând că „pe termen lung toţi subiecţii au pus la loc kilogramele pierdute".

Mai rău este că, în ciuda pericolului (când sunt practicate fără supraveghere), aceste tratamente se distribuie cu atât mai bine cu cât ele reprezintă o piaţă care aduce bani laboratoarelor şi farmaciştilor.

În condiţiile în care sunt obţinute în vânzare directă (prin corespondenţă), după prescripţia medicului, acesta încasează încă un procentaj la volumul vândut, ceea ce demonstrează că nu are un profit mic!

Acest fel de abordare a slăbirii, are adesea cusurul de a crea o paranteză artificială de 4 săptămâni în „viaţa alimentară" a subiectului, care trece atunci pe lângă adevărate probleme. Ea nu are deci, nici un sens în cadrul unui proiect de slăbire pe termen lung şi necesită supravegherea pacientului şi integrarea unei prize de încărcătură dietetică vizând modificarea obişnuinţelor alimentare.

Este unic când face cursele sale la băcănie, la piaţă sau într-un mare supermarket dar în nici un caz nu se duce la farmacist, care l-ar putea ajuta să pună în practică un demers nutriţional serios pentru a slăbi.

„NEPLĂCERILE" SUBSTITUITELOR DE MESE

În zilele noastre, vitrinele farmaciilor şi raioanelor specializate din supermarketuri, sunt invadate de pliculeţe de pudre vanilate sau de ciocolată care, luate la micul dejun sau la dejun sunt considerate eficiente în slăbire. (Seara se acordă privilegiul unei mese normale). Compoziţia lor chimică este foarte variabilă dar mereu dezechilibrată. Unele sunt lipsite de proteine iar altele conţin prea multe glucide, îndulcite cu zahăr. Să vedem de ce această opţiune este încă mai perversă.

Printre mecanismele care calmează senzaţia de foame, sunt, pe de o parte masticaţia şi pe de altă parte sentimentul de saturaţie (stomac plin). Ori, înghiţind un lichid nu faci nici masticaţie, nici nu te gândeşti că ai mâncat bine şi acest lucru, foarte simplu, pentru că „nu ţine de foame corpului". Rezultat: ţi-e foame la câteva ore după şi riscul de a ronţăi încă ceva, este foarte mare.

Dacă se iau aceste substituite de mese dimineaţa şi la prânz (în momentele când riscul de „a se depune grăsime" este cel mai mic) vom fi tentaţi la cină să luăm o masă mai

copioasă. Nu este o ocazie favorabilă: este exact ora la care organismul este foarte înclinat să facă rezerve şi va face cu atât mai multe, cu cât a fost frustrat în cursul celor două pseudo-mese precedente. Revenind la o logică hipocalorică...

Există, în plus, o eroare psihologică care se manifestă când optăm pentru substituitele de mese, căci obezul consacrat şi la fel cel care nu are decât o simplă suprasarcină ponderală, va dezvolta inconştient un fel de aversiune cu privire la hrană, despre care va gândi cu timpul că este responsabilă de toate relele. Acest lucru îl va conduce la ideea că hrana este adversarul căruia trebuie să i se opună, însă, după părerea noastră, mesajul pe care trebuie să-l perceapă este exact opus. Obezul trebuie să înceapă prin a se împăca cu alimentaţia în loc de a o respinge în ansamblul ei. El va învăţa în continuare cum să facă bune alegeri.

MEDICAMENTELE MIRACULOASE

„Pilula miracol" care te va face să slăbeşti este mereu prezentă în fantasmele noastre. Dar, pentru a fi acceptabilă pe plan medical şi etic, ea trebuie să răspundă la un anumit număr de criterii:

- o eficacitate dovedită prin experimente fiabile şi reproductibile;
- o toleranţă corectă (absenţa efectelor secundare nedorite);
- o absenţă a toxicităţii pe termen lung.

Putem spune că acest comprimat, care seamănă mult cu „oaia cu cinci picioare", nu este prea aproape de a se naşte, căci azi nici un produs nu se apropie mai mult sau mai puţin de acest model ideal!

Putem, în acest timp, să studiem medicamentele care au fost prescrise sau care sunt în continuare, în mod greşit propuse, în speranţa de a te face să slăbeşti.

Diureticele

Dacă faptul de a slăbi constă în a pierde o anumită masă de grăsime, este evident că diureticele care nu ne fac decât să pierdem apa forţând organismul să urineze mai abundent, nu răspund la acest obiectiv.

În plus, trebuie ştiut că apa antrenează cu ea sărurile minerale (sodiu, potasiu), ceea ce dacă socotim, provoacă în final mai mult rău decât bine: uscarea pielii, oboseală, crampe musculare şi vertij, care pot determina căderi de tensiune putând ajunge la sincope.

La oprirea tratamentului corpul are tendinţa de a reveni, ca un burete care a fost mult timp stors: el recuperează mai repede apa şi sărurile care în primă fază, adaugă riscul apariţiei edemelor ce pot deveni rebele.

Medicii care au încă aplombul de a prescrie aceste diuretice (şi inutile şi periculoase) nu au decât rar onestitatea de a înscrie numele lor în toate reţetele, căci sunt cunoscuţi şi în mod obişnuit le prescriu pentru a trata unele boli. În acest scop, ei le disimulează frecvent sub termeni chimici necunoscuţi de pacienţii lor, pentru încorporarea lor discret, în preparate

magistrale pseudohomeopatice. Toate acestea se fac bineînţeles, graţie complicităţii binevenită a farmaciştilor, chiar dacă aceste artificii sunt total interzise.

În aceeaşi ordine de idei, trebuie să menţionăm unele prescripţii fitoterapeutice recomandate pentru a folosi la „drenaje", care sub un aer fals natural, conţin plante cu efecte diuretice mai mult sau mai puţin marcante. Printre ele, citǎm vulturica, coada calului, mărarul, mesteacănul, brusturele, ulmul, anghinarea, păpădia, frasinul, ortosifonul şi cozile de cireşe. Efectele lor diuretice sunt poate uşoare, ceea ce reduce riscul pierderilor de potasiu, dar ele nu fac altceva decât să elimine apa...

Referitor la apa minerală, care este prezentată adesea ca un ajutor în slăbire, ea nu răspunde global decât la argumentele de marketing. Desigur, e important să bem suficient, cum deja am spus, dar acest lucru nu va avea niciodată decât efecte uşor diuretice. Dacă o bem, permite eliminarea deşeurilor metabolismului proteic (uree, acid uric), ceea ce nu duce în consecinţă la pierderea grăsimilor!

Laxativele

Unele femei ingenioase se gândesc că ele vor putea să slăbească simplu, eliminând mai multe scaune! Ele vor învăţa că riscă mai ales să irite colonul folosind laxative iritante sau să creeze carenţe de potasiu, având în vedere diareile care însoţesc aceste veleităţi de „curăţire". Acestea, nu reprezintă decât o tendinţă bolnavă (frica de toxine) sau obsesională (o nebunie a curăţeniei...).

Extractele tiroidiene

Insuficienţa tiroidiană nu intervine decât în mod excepţional în cauzele obezităţii. Hipotiroidia antrenează efectiv o diminuare a pierderii energetice în repaus. Prescrierea de extracte tiroidiene la un subiect a cărui tiroidă funcţionează bine, pentru obiectivul de a creşte pierderea energetică, nu este doar inutilă dar e şi periculoasă căci poate antrena o hipertiroidie forţată.

Aceste medicamente care produc mai mult pierderi musculare decât grăsime, riscă mai degrabă să provoace tulburări de ritm cardiac, pentru că trebuie să amintim, inima este de asemenea muşchi (un pic particular, desigur). Având în vedere efectele secundare pe care le induc (destabilizând tiroida), aceste extracte tiroidiene sunt adesea rău suportate. Tulburările care apar asociate sunt: insomnii, angoasă, palpitaţii, tahicardie, tremur şi stări de excitare. Totuşi complicaţia cea mai gravă rămâne decompresia brutală a unei insuficienţe coronariene (anghină pectorală) preexistentă şi care e posibil să fi fost trecută cu vederea la un bilanţ prealabil.

Aceste remedii–otrăvuri sunt adesea ascunse în interiorul unor preparate complexe şi mascate prin folosirea de nume chimice complicate sau de abreviere.

În fitoterapie se prescriu astfel de remedii ca: laminarii sau fucus vesiculosus, care agită tiroida prin intermediul iodului pe care îl conţin.

Medicamentele care taie pofta de mâncare

Sunt compuse de amfetamine care taie pofta de mâncare, fiind puternic psihostimulante. Nu vom fi deci miraţi să constatăm că ele provoacă o stare de excitaţie constând din tulburări de somn dar şi o diminuare a autocriticii şi autocontrolului.

Dacă, la oprirea tratamentului survine frecvent o depresie nervoasă care poate merge până la suicid, cel mai mare defect al lor este antrenarea unei dependenţe majore, sursă de toxicomanie. Putem deci, să devenim foarte uşor un veritabil drogat al acestor „taie-foamea”!

Obezii care mănâncă adesea foarte puţin sunt uneori cruţaţi dar pentru cei care au tulburări de comportament alimentar (bulimie), tratamentul cu amfetamine nu va putea avea decât efecte agravante.

Izomeridele

Vrând să păstreze unele din efectele benefice ale amfetaminelor, fără a mai dezvolta inconvenientele lor, laboratoarele au căutat să pună la punct o moleculă prezentând cele mai mici riscuri. Aşa s-a născut, la începutul anilor 1990, dexfenfluramina mai bine cunoscută sub numele de Izomeridă, al cărui efect psihostimulant a fost suprimat. După experienţele care au fost făcute pe animale, ea nu provoacă toxicomanie. Acţionează modificând metabolismul serotoninei, o substanţă care intervine în reglarea poftei de mâncare şi dezvoltă senzaţia de saţietate. Eficacitatea sa a fost recunoscută pe subiecţi controlaţi glucidic, adică fanaticii dulciurilor, dar aceştia nu reprezintă decât 15 % din obezi. De aceea ar fi abuziv să se facă tratament în toate cazurile de obezitate.

Un studiu, dublu realizat cu Izomeride şi prin placebo[8] pe mai mult de 800 de obezi trataţi timp de un an, din care 86 % femei având un surplus mediu de 40% în raport cu greutatea ideală teoretică (cu un BMI mediu de 32), a arătat că acest medicament nu era bine suportat.

Semnalăm că aceste persoane urmau simultan un regim hipocaloric cu mai puţin de 1450 calorii pe zi, cu o priză de susţinere în încărcare. Aproape 40% din subiecţi au întrerupt pe drept tratamentul, din cauza efectelor secundare supărătoare: oboseală, jenă abdominală, dureri de cap, tulburări de somn, diaree, uscăciuni ale gurii, anxietate, dispoziţii depresive, poliurie, vertij, somnolenţă, greţuri şi vărsături.

Între seria tratată cu dexfenfluramină şi seria placebo, nu s-a notat în 11 luni, decât o diferenţă de greutate medie de aproximativ 2,7 kg. Punctând, după 2 luni de la întreruperea tratamentului (care a durat 1 an), se nota că în seria placebo subiecţii aveau repuse 1 kg pe lună iar cei care fuseseră trataţi cu Izomeride, aveau repuse 2! Medicii care procedaseră la acest studiu, au concluzionat deci că tratamentul trebuia să fie urmat pe viaţă pentru a menţine eficacitatea sa, destul de relativa...(spre marea satisfacţie a laboratorului).

[8] Placebo: substanţă neutră care se substituie unui medicament

Izomeridele, cărora profesorul B. Guygrand nu pierdea nici o ocazie să le facă publicitate, au fost mult prescrise în anii 1990 în Franţa dar şi în SUA, unde erau comercializate sub numele de Redux. Dar, în 1996, buletinul epidemiologic al Departamentului American al Sănătăţii arăta că un număr nedefinit de persoane care au consumat acest medicament prezentau anomalii cardiace. La sfârşitul acestui an, Food end Drug Administration avea numărate 144 cazuri de malformaţii cardiace. Ecocardiografiile făcute în 5 state, au permis să se tragă concluzia că riscul apariţiei anumitor leziuni creştea, mai ales în timp ce tratamentul era administrat pe perioade mai mari de 6 luni şi pentru unele persoane chiar de 3 luni. De aceea, Departamentul American al Sănătăţii recomanda ca toate persoanele care au fost expuse la dexfenfluramine (produse de laboratoarele franceze Servier) trebuiau să beneficieze cât mai repede de o supraveghere cardiologică pentru a preîntâmpina prezenţa unei eventuale leziuni vasculare.

Faţă de presiunea crescând a autorităţilor sanitare americane şi franceze, laboratorul Servier a decis la sfârşitul 1996 de a ceda toate drepturile de comercializare pentru aceste produse, eşalonului mondial. Agenţia de medicamente franceză avea, în acest mod, să decidă suspendarea autorizaţiei de punere pe piaţă a dexfenfluraminelor ca şi a fenfluraminei, „celebrul" său strămoş.

Trebuie totuşi să ştim că timp de 35 ani pentru fenfluramină şi 12 ani pentru dexfenfluramină, mai mult de 60 milioane de persoane au consumat acest medicament cu complezenţa nedisimulată a profesioniştilor în nutriţie.

Orlistat (Xenical)

Este un medicament care limitează absorbţia intestinală a grăsimilor inhibând lipazele digestive; 32% din grăsimile ingerate sunt astfel eliminate în fecale. Nu este deci vorba de un simplu „taie-foamea" şi mult mai puţin de un regim miracol. Acest produs a fost cunoscut de obezi şi trebuie să fie luat în cadrul unui regim hipocaloric, deci uşor în grăsimi.

Efectele nedorite observate sunt esenţial digestive şi legate de modul de acţiune al produsului: scaune grase, flatulenţă cu scurgeri, inconsistenţă fecală...

Ca toate medicamentele de slăbire, eficacitatea sa este relativă, din moment ce studiile arată că, în cursul a 2, ani pierderea greutăţii suplimentare obţinută cu Orlistat (Xenical) este de aproximativ 3 kg comparată cu placebo.

În mod legitim, se poate deci pune întrebarea dacă este cu adevărat rezonabil pentru un obez să i se recomande, pe cât e de rău (privind efectele secundare) şi pe cât e de scump (căci produsul este scump şi nu se poate rambursa), pentru a ajunge la un rezultat modest. Cu toate că laboratorul ne recomandă de a nu urma tratamentul decât o perioadă de 2 ani, oprirea tratamentului implică în mod evident o reluare automată în greutate.

Se realizează astfel că, răspunsul terapeutic la o problemă metabolică sau la o tulburare de comportament alimentar nu se poate reduce, din partea medicului, la prescripţia unui medicament, mai ales dacă nici unul dintre ele nu este cu adevărat eficace. Obiectivul cerut înainte de orice, este de a lua în considerare o reeducare din punct de vedere alimentar.

De asemenea, dacă un bun număr de femei, nerăbdătoare să slăbească pentru a putea intra la timp în costumul lor de baie la apropierea vacanţei, doresc să aibă un record de la un „medicament miracol”, medicul trebuie sa fie rezervat. Nu este vorba de o prescriere pentru a realiza rapid un obiectiv pe termen scurt. Acest lucru este cu atât mai adevărat cu cât unele medicamente (în afară de toxicitatea şi efectele secundare supărătoare), îi expun pe cei care le folosesc la o complicaţie gravă: revenirea terapeutică cu reluarea în greutate.

Recidivele regulate ale acestor incoerenţe terapeutice fac să se dezvolte rezistenţe la slăbire şi contrar scopului căutat, duc la o progresie a obezităţii.

Încă o dată, toată strategia de slăbire nu se poate concepe decât în perspectivă, pe termen lung, cunoscând derivatelor alimentare actuale. Decizia de a slăbi trebuie să fie o alegere deliberată, pentru asta trebuie refuzat spectaculosul imediat care nu vă pregăteşte decât pentru ziua următoare, care „nu încântă”.

SUPLIMENTELE ALIMENTARE

Adepţi ai soluţiilor fulger, fiţi circumspecţi cu privire la nenumăratele produse care ajută slăbirea şi se comercializează, sub aspect eronat natural.

L-carnitina[9]

L-carnitina este o enzimă care există în organism. Ea este sintetizată la nivelul ficatului şi rinichilor plecând de la 2 amino-acizi: L-lizina şi L-metionina, graţie ajutorului fierului şi vitaminelor C şi B6. În zilele noastre, deficitul dobândit de L-carnitină este în realitate foarte rar, căci putem să ne procurăm această enzimă din alimentele pe care le mâncăm curent: carne, pui, iepure, lapte de vacă şi ouă. Doar câţiva vegetarieni, pot avea o sinteză de L-carnitină puţin insuficientă, mai ales dacă au un slab aport de fier. Există, în mod rarisim, deficite congenitale de L-carnitină, dar dacă subiecţii suferinzi pot avea tulburări musculare în schimb ei nu sunt obezi!

În publicitate, în mod abuziv L-carnitina este prezentată ca o substanţă ajutătoare pentru „arderea grăsimilor”. Să fim corecţi! Ea este, desigur, necesară la utilizarea acizilor graşi liberi din sânge ca şi „carburant energetic”, dar nu permite în nici un caz „arderea” grăsimilor de rezervă care sunt stocate sub formă de trigliceride. Doar activarea unei alte enzime, triglicerida-lipaza (graţie unei slabe concentraţii de insulină), poate permite topirea grăsimilor de rezervă şi eliberarea acizilor graşi în circulaţia sanguină.

Din fericire, serviciul de represiune al fraudelor îşi face în sfârşit treaba şi interzice comercializarea numeroaselor produse conţinând L-carnitina. Cu timpul, ea nu trebuie să mai fie decât o rea amintire. Din nefericire, alte substanţe miraculoase îi iau locul,

[9] Carnitina e o substanţă produsă în mod natural de organism, în ficat si rinichi. L-ul pus înaintea denumirii se refera la polaritatea chimică a substanţei şi o deosebeşte de D-carnitina, un produs inutil organismului.

Plantele

Fitoterapia este de acum înainte chemată în ajutor: plante mâncătoare-de–grăsimi, ceaiuri diuretice, plasturi cu fucus, toate sunt bune pentru a face să sclipească ideea unui slăbit fără efort, toate în timp ce mâncăm oricât !

Luăm cazul ananasului. Cine nu a auzit măcar o dată în viaţă, spunându-se că ananasul aspiră grăsimile? Faima bromelinei, care se găseşte de fapt în tijă (pe care o tăiem) şi nu în fruct, nu este de loc „mâncătoarea de grăsimi" renumită pentru slăbire. Ea nu are chiar de loc, aşa cum s-a crezut, efecte benefice asupra metabolismului insulinei. Cât despre păstăile de fasole, ele nu mai sunt în vogă, după ce au fost la originea ocluziilor intestinale în SUA.

Alte plante pe care le-am crezut inofensive sunt dovedite şi ele toxice. Este cazul dumbeţ-ului care s-a interzis la vânzare. De asemenea unele plante chinezeşti de slăbit (cu cât mai exotice, cu atât mai preferate) au fost responsabile de hepatite toxice grave.

Singurele substanţe care se pot permite, la rigoare, sunt fibrele solubile ca glucomananele, dar ele nu au nici un efect în doze mici. În cantitate de 4 g pe zi ele pot fi interesante pentru a tăia rapid, o mare poftă de mâncare. Luate cu un pahar mare de apă, cu o jumătate de ora înainte de masă (se umflă în stomac), dau o senzaţie de saţietate precoce şi reduc cantitatea de insulină secretată. Dar ele favorizează penibilele balonări.

Ori ce ar fi şi câte ar fi, comprimatele deturnează inevitabil obezii de la adevăratul obiectiv: modificarea într-un mod durabil a obiceiurilor alimentare. Până la urmă, aceasta este singura conştiinţă nutriţională care vă va putea permite stabilizarea greutăţii pe termen lung.

3
COMPOZIŢIA NUTRITIVĂ A ALIMENTELOR

S-a văzut clar în capitolele precedente, că nu energia conţinută de alimente este responsabilă de luarea în greutate. Vom descoperi ulterior că ceea ce face diferenţa, este natura alimentului, adică conţinutul său nutritiv, în termeni de glucide, lipide, proteine, fibre, vitamine, săruri minerale şi oligoelemente. Vom descoperi, aşadar că nu ne îngrăşăm pentru că mâncăm prea mult ci pentru că mâncăm greşit şi că alegerile noastre alimentare nu sunt întotdeauna bune.

Sintetizând, pentru a pierde kilograme şi a regăsi o greutate ideală, nu slujeşte la nimic privarea de hrană. Vom înţelege, numaidecât, că este suficient să armonizăm mai bine alimentaţia, evitând unele alimente înşelătoare în profitul celor mai salutare. Dar pentru a face alegerile bune, este necesar, înainte, să putem recunoaşte categoriile de alimente care sunt la dispoziţia noastră şi să înţelegem bine fiecare caracteristică a lor.

Liniştiţi-vă, prezentul capitol, în ciuda caracterului său tehnic, este asimilabil pentru toate femeile chiar dacă ele nu au o pregătire ştiinţifică. Indiferent care sunt pasiunile care vă ocupă timpul liber (grădinăritul, treburi mărunte, activităţi sportive) sau activităţile voastre profesionale (informatică...), primul lucru cu care începem să vă învăţăm, sunt „principiile de bază”. Şi, plecând de aici veţi putea în continuare progresa serios.

Unele informaţii care vă vor fi date aici vă sunt probabil familiare, dar dublaţi-vă atenţia, deoarece s-au spus atâtea lucruri eronate în domeniul nutriţiei, încât merită mai bine să fim neîncrezători.

Trebuie înainte de toate să ştim că alimentele sunt compuse din nutrimente, adică substanţe asimilabile de organism şi destinate să-l menţină în viaţă. Aceste nutrimente se grupează în două categorii:

• **Nutrimentele energetice.** Rolul lor este de a furniza energie dar şi de a servi ca materie primă numeroaselor sinteze care au rol în construcţia şi reconstrucţia materiei vii.
Ele sunt:
- proteinele sau protidele;
- glucidele sau hidraţii de carbon;
- lipidele sau grăsimile.

• **Nutrimentele neenergetice.** Sunt necesare la asimilarea şi la metabolismul precedentelor. Unele servesc ca şi catalizatori nenumăratelor reacţii chimice care le pun in joc. Enumerăm:
- fibrele;
- apa;
- sărurile minerale;
- oligoelementele;
- vitaminele.

NUTRIMENTELE ENERGETICE

Proteinele

Proteinele sunt substanţe organice, de origine animală sau vegetală, care formează urzeala de structuri celulare ale organismului. Ele sunt constituite din numeroşi amino-acizi care sunt elementele de bază.

Dacă unii din aceşti amino-acizi pot fi fabricaţi de organism, alţii în schimb, trebuie în mod imperativ să fie aduşi din alimentaţie, căci corpul nu ştie să-i sintetizeze el-însuşi.

După originea lor, găsim proteine:

- ***de origine animală:*** în carne, organe, mezeluri, peşte, crustacee, scoici, ouă, lapte, lactate şi brânzeturi;
- ***de origine vegetală:*** în soia, alge, migdale, alune, ciocolată, dar de asemenea în cereale, alimente complete şi leguminoase.

Un aport suficient de proteine este indispensabil:

- pentru construcţia structurilor celulare;
- pentru fabricarea unor hormoni şi neuromediatori, ca tiroxina şi adrenalina;
- ca sursă eventuală de energie pentru organism, în caz de nevoie;
- pentru întreţinerea sistemului muscular;
- pentru formarea acizilor biliari şi pigmenţilor respiratori.

Ştiţi, doamnele mele „cordon-bleu", dacă dăm de-o parte oul, nici un alt aliment nu aduce un coctktail complet şi echilibrat de amino-acizi, ca el. Când se ştie că absenţa unui amino-acid indispensabil poate constitui un „factor limitant" putând să împiedice asimilarea altora, se înţelege atât de bine de ce este recomandat să avem o alimentaţie care să fie totodată de origine animală şi vegetală.

Mesele exclusiv constituite din vegetale, din care unele sunt gătite, conduc forţat la un dezechilibru. În schimb, un regim vegetarian incluzând ouă şi lactate este în întregime acceptabil (vezi capitolul 4 din a doua parte).

Un aport proteic bazat exclusiv pe carne va aduce, de altfel, o carenţă de amino-acizi suferinzi, care pot stânjeni absorbţia altor aminoacizi.

Pentru o alimentaţie echilibrată, un adult trebuie să consume zilnic 1g pe kg corp, cu un minim de 60 g pe zi la femei şi 70 g pe zi la bărbaţi.

Masă	Alimente	Proteine animale	Proteine vegetale
Mic dejun	150 ml lapte 60 g pâine completă	5g	 5g
Prânz	150 g peşte 50 g paste complete 1 iaurt	20 g 5 g	 5g
Cina	200 g linte 30 g brânză 60 g pâine completă	 3 g 	18 g 5 g
Total proteine:		33 g	33 g

Sportivii de performanţă care doresc să-şi crească masa musculară pot atinge 1,5 g pe kg corp, cu condiţia să bea din abundenţă.

În practică, o persoană cântărind 66 kg trebuie să ia în fiecare zi, circa 33 g de proteine animale şi 33 g proteine vegetale, pe care poate să le repartizeze în modul indicat în tabelul de mai sus.

Aceste proteine trebuie să reprezinte minim 15 % din raţia noastră de alimente zilnice. Iată un ajutor pentru a face alegerile voastre:

Alimente bogate în proteine

	Proteine animale	**Proteine vegetale**
Concentraţie medie	Vită Viţel Oaie Porc Păsări de curte Mezeluri Peşte Brânzeturi rafinate	Boabe de soia Germeni de grâu Alge Arahide prăjite Linte Fasole albă Migdale
Concentraţie importantă	Ouă Lapte Brânzeturi proaspete	Fulgi de ovăz Pâine integrală Ciocolată (> 70% cacao) Secară completă Paste integrale Orez complet Nuci Linte

O alimentaţie deficitară în proteine are grave consecinţe asupra organismului: topiri ale muşchilor, dificultăţi de cicatrizare, căderi de organe etc.

Dacă, în schimb, consumul lor este mult prea mare, prezenţa reziduurilor proteice persistă în organism şi se transformă în acid uric şi uree care sunt originea gutei. De aceea, se recomandă să se bea abundent pentru a elimina aceste deşeuri.

Să ne reamintim totuşi că proteinele sunt indispensabile pentru o bună sănătate şi că, consumul lor, chiar în cantităţi mari, nu este o problemă decât în cazul unei insuficienţe renale grave. Cu toate acestea, trebuie să ştim că în alimentaţie ele sunt în general asociate grăsimilor (lipidelor) şi foarte des grăsimilor saturate care trebuie să fie consumate, din nefericire, cu mai mare prudenţă.

Glucidele

Mult timp denumite „hidraţi de carbon” pentru că sunt molecule compuse din carbon, oxigen şi hidrogen, glucidele (din greacă *glukus* însemnând „dulce”) sunt desemnate şi comun sub termenul de „zaharuri”.

Clasificarea glucidelor în funcţie de complexitatea moleculelor (formula chimică)

Glucide cu o singură moleculă (oligozaharide):
- *glucoza,* pe care o găsim în miere în mică cantitate şi în fructe;
- *fructoza,* pe care o găsim în principal în fructe;
- *galactoza,* pe care o găsim în lapte.

Glucide cu două molecule (dizaharide):
- *zaharoza* (glucoză + fructoză), care nu este altceva decât zahăr alb (în pudră sau în bucăţi) pe care o extragem din sfeclă sau din trestia de zahăr;
- *lactoza* (glucoză + galactoză), care este zahărul pe care îl găsim în laptele mamiferelor;
- *maltoza* (glucoză + glucoză), care este extrasă din malţ, pe care o găsim în bere şi în porumb.

Glucide cu mai multe molecule (polizaharide):
- *glicogenul,* pe care-l găsim în ficatul animalelor;
- *amidonul,* compus din foarte multe molecule de glucoză şi pe care îl găsim în:
  - cereale: grâu, porumb, orez, secară, orz, ovăz,
  - tuberculi: cartofi, igname[10],
  - rădăcini: rutabaga[11], morcovi, păstârnac,
  - boabele (leguminoasele); năut, fasole uscată, linte, soia.

Unii autori includ egal celuloza, hemiceluloza, pectina din fructe şi gumele[12] în această categorie, dar acestea nu sunt, de fapt, decât glucide neasimilabile în momentul digestiei. Ele nu aduc deci, energie în organism. Mai bine pot fi clasate printre fibre.

Pentru mult timp s-au considerat glucidele plecând de la această clasificare (fondată pe structura lor moleculară), departajându-le în două categorii, aceea de „zaharuri simple" şi „zaharuri complexe":
- **„zaharurile simple"** (glucide cu una sau două molecule), care nu necesită decât puţină transformare digestivă şi sunt rapid absorbite aproape de trecerea în intestinul subţire, fiind denumite „**zaharuri rapide**"
- **„zaharurile complexe"**, formate plecând de la amidon şi care, ne gândim, că trebuie să suporte o lungă digestie ţinând cont de complexitatea moleculelor lor, fiind denumite „**zaharuri lente**". Să ne imaginăm efectiv că asimilarea lor digestivă este mai lungă.

Această clasificare a glucidelor în „zaharuri cu absorbţie rapidă" şi „zaharuri cu absorbţie lentă" este astăzi complet depăşită şi corespunde unei credinţe eronate (vezi încadrarea de mai jos). Recentele experimente ne-au dovedit efectiv că, complexitatea

[10] **Ignamă** = plantă exotică, cu tuberculi foarte mari, bogaţi în amidon şi comestibili (din fr. igname**)**
[11] **Rutabaga** = specie de varză-tubercul
[12]**Guma =** Substanţă vâscoasă, secretată de unele plante sau obţinută pe cale sintetică, având proprietatea de a se întări în contact cu aerul, folosită în industrie. (din fr. gomme**)**

moleculei de hidrat de carbon nu condiţionează viteza cu care glucoza este asimilată de organism.

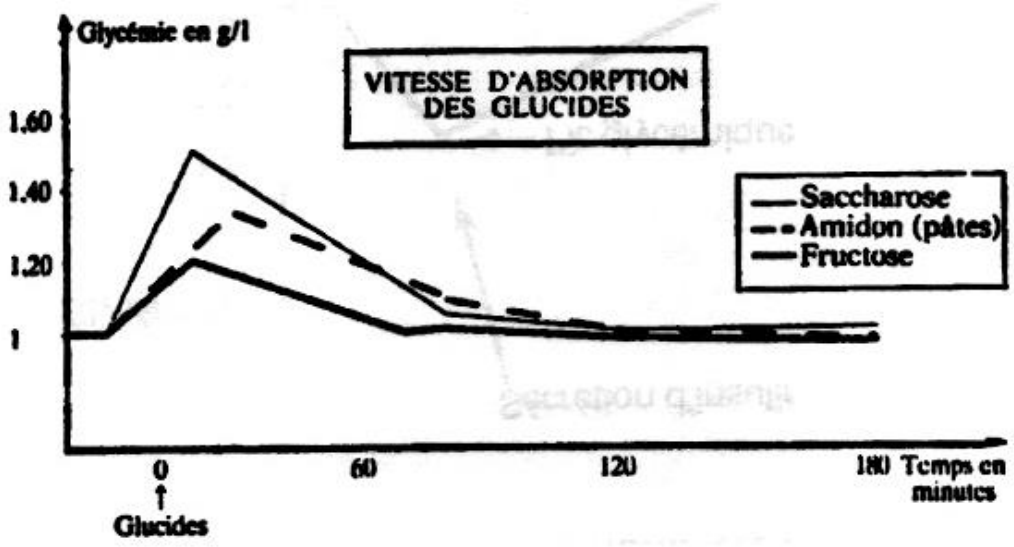
Procedând la numeroase experienţe, se poate demonstra că variaţia concentraţiei de glicemie sanguină după absorbţia unei glucide pe stomacul gol, se face mereu, mai mult sau mai puţin în acelaşi interval de timp, indiferent care este complexitatea moleculei sale. Se observă astfel că, clasificarea glucidelor în „zaharuri rapide" şi „zaharuri lente" nu are decât un caracter pur teoretic şi speculativ, pentru că nu este vorba de o extrapolare făcută plecând de la formula lor chimică.

ZAHARURI „LENTE", ZAHARURI „RAPIDE", O DISTINCŢIE ERONATĂ

Majoritatea nutriţioniştilor şi alţi dieteticieni de astăzi continuă, fără nici un fel de inconveniente, să vehiculeze conceptele deplasate de „zaharuri lente" şi „zaharuri rapide". Profesorul Slama, diabetolog, nu scapă totuşi niciodată ocazia de a aminti cu vehemenţă, că această clasificare este total eronată, căci ea nu corespunde nici unei realităţi fiziologice şi că glucidele trebuie clasificate după un singur criteriu, acela al amplitudinii lor glicemice.

După 1978, Walhquist a arătat că vârful glicemiei apare în acelaşi timp (în 25 până la 30 minute) pentru toate glucidele, indiferent că moleculele lor sunt simple sau complexe. Ori, greşita difuzare a acestei informaţii, cvasi-totalitatea de cuvântări ţinute astăzi de nutriţionişti, industria alimentară şi media fac încă, fără nici un fel de inconveniente, referinţă la noţiunea de „zaharuri lente" şi „zaharuri rapide".

Experienţa a arătat că absorbţia glucidelor, indiferent de care sunt (cu molecula simplă sau complexă) are loc în aproximativ 30 minute după ingestie.



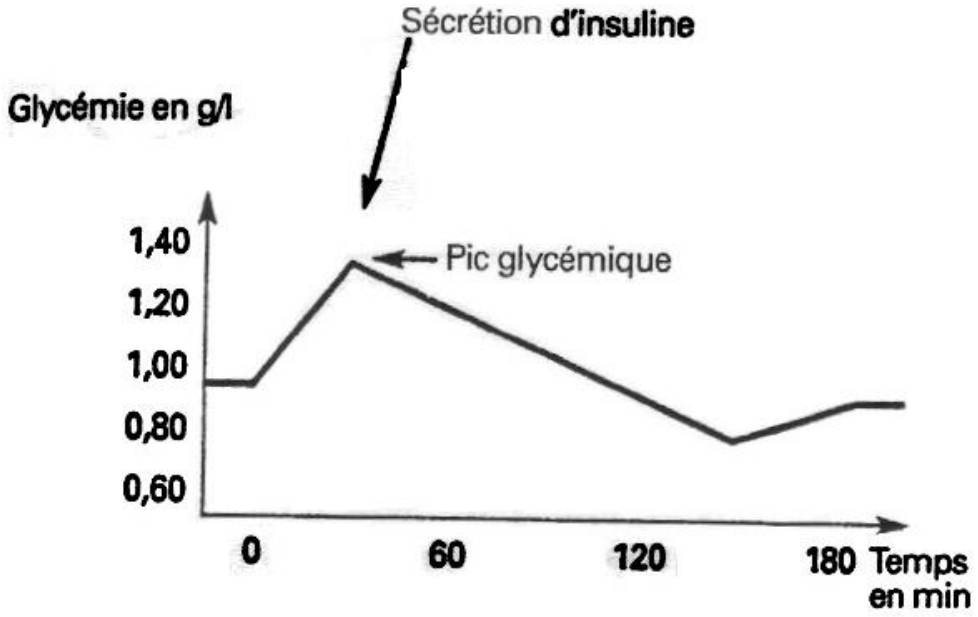
Această clasificare greşită a glucidelor serveşte încă, din nefericire, ca referinţă numeroaselor abordări dietetice, mai ales în domeniul alimentaţiei sportivilor unde ea face mai adesea figură de credo.

Ce este glicemia ?

Glucoza este unul din principalii carburanţi ai organismului. Este de asemenea carburantul exclusiv al creierului. Dar poate fi utilizat de muşchi în anumite circumstanţe.

Pentru a satisface nevoile, organismul menţine (graţie secreţiei unui hormon: glucagonul) o concentraţie constantă de glucoză în sânge, care este de ordinul 1 g pe litrul de sânge. Aceasta se cheamă glicemia, uneori încă comun denumită „zahăr în sânge".

În timp ce mâncăm o glucidă (zahăr, cartofi, cereale, legume uscate, fructe..), aceasta se transformă într-o anumită cantitate de glucoză, aşa cum am văzut mai devreme. Această glucoză care traversează bariera intestinală se regăseşte într-un prim timp în sânge. Are deci ca efect creşterea glicemiei. Dar această situaţie nu este decât tranzitorie. După ce absorbţia glucozei a fost realizată integral (o jumătate de oră aproximativ după consum), se atinge ceea ce numim „vârful glicemiei". Acesta este momentul în care unul din organele cheie al metabolismului, pancreasul, secretă un hormon: insulina (vezi schema în continuare).



Rolul insulinei este acela de a face să scadă glicemia, pentru a o readuce la nivelul de „croazieră" (1 g la litrul de sânge). Insulina are deci ca efect alungarea glucozei din sânge pentru stocarea ei în ficat (sub formă de glicogen) sau în muşchi.

Noţiunea de indice glicemic

Şi, mai degrabă decât să ne bazăm pe viteza de asimilare a glucidelor pentru a le studia, este mai bine să le considerăm plecând de la creşterea, mai mult sau mai puţin ridicată, a glicemiei pe care o induce.

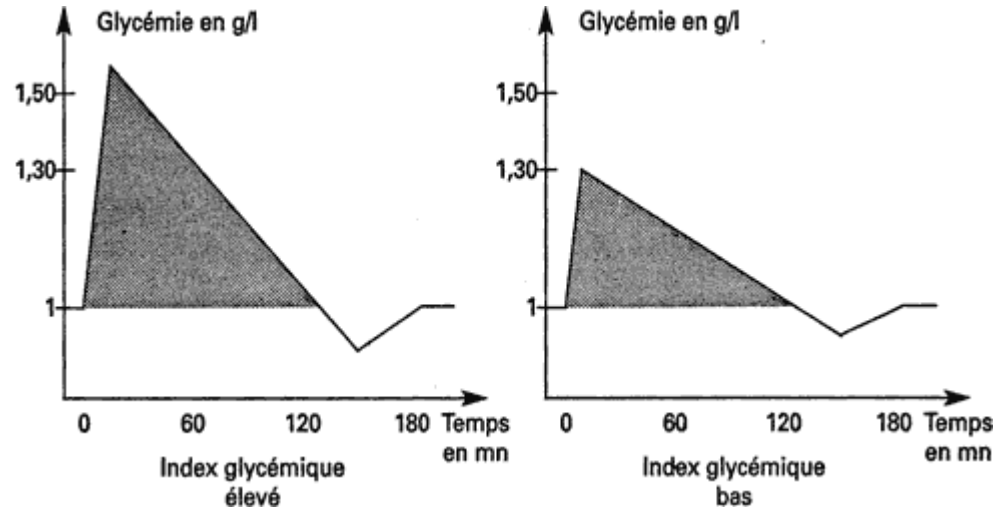
Deci „vârful glicemiei” fiecărei glucide ingerate este cel care ne interesează, adică puterea sa hiperglicemiantă, cum a fost ea definită prin indicele glicemic (IG) pus la punct în 1981 de profesorul Jenkins, în Canada.

Acest IG corespunde efectiv, la suprafaţa triunghiului din curba hiperglicemiei induse de alimentul testat. Se dă, arbitrar, indice 100 glucozei; cel al altor glucide apare deci ca rezultat al raportului următor:

$$\frac{\text{Suprafata triunghiului glucidei testate}}{\text{Suprafata triunghiului glucozei}} * 100$$

IG va fi cu atât mai ridicat cu cât hiperglicemia indusă de glucida testată va fi mai mare.

Astăzi este deci admis de către toţi oamenii de ştiinţă că, clasificarea glucidelor trebuie făcută în funcţie de puterea lor hiperglicemiantă aşa cum este definită prin conceptul de IG. Vom descoperi pe parcurs, în această carte, că noţiunea de IG este fundamentală. Ea este cea care ne va permite efectiv să explicăm, nu doar originea îngrăşării şi *a fortiori* a obezităţii, dar şi pe aceea a numeroaselor probleme de oboseală şi de pierdere a vitalităţii care preocupă contemporanii noştri în general şi femeile în particular.



IG ridicat **IG scăzut**

De aceea eu voi propune, în scopul de a simplifica lucrurile, să clasificăm glucidele în două categorii: „glucidele bune” (cele care au un IG scăzut) pe de o parte şi „glucidele rele” (cele care au un IG ridicat) pe de altă parte.

TABELUL INDICILOR GLICEMICI

Glucide cu IG ridicat		Glucide cu IG scăzut	
Maltoza (bere)	110	Orez complet	50
Glucoza	**100**	Orez basmati bob lung	50
Cartofi la cuptor	95	Cartof dulce	50
Cartofi prăjiţi	95	Paste complete (grâu integral)	50
Făina de orez	95	Spaghete *al dente*	45
Amidonuri modificate	95	Mazăre proaspătă	40
Piure de cartofi	90	Cereale complete fără zahăr	40
Chips	90	Fulgi de ovăz	40
Miere	85	Fasole roşie	40
Pâine albă (de hamburger)	85	Suc de fructe proaspăt fără zahăr	40
Morcovi fierţi	85	Pumpernikel	40
Corn flakes, pop-corn	85	Pâine de secară completă	40
Orez prefiert	85	Pâine 100% integrală	40
Prăjitură de orez	85	Îngheţată cu alginate	40
Orez expandat	85	Paste integrale *al dente*	40
Bob fiert	80	Smochine, caise deshidratate	35
Dovleac	75	Porumb ancestral (indian)	35
Pepene verde	75	Orez sălbatic	35
Zahăr (zaharoză)	70	Quinoa	35
Pâine albă (baghetă)	70	Morcovi cruzi	30
Cereale rafinate îndulcite cu zahăr	70	Lactate	30
Batoane de ciocolată	70	Fasole uscată albă	30
Cartofi decojiţi fierţi	70	Linte brună, galbenă	30
Cola, sifon	70	Năut	30
Biscuiţi	70	Mere, pere, portocale proaspete	30
Porumb modern	70	Fasole verde	30
Orez alb	70	Fidea de soia	30
Tăiţei, raviole (colţunaşi)	70	Gem fără zahăr	22
Struguri deshidrataţi (stafide)	65	Linte verde	22
Pâine neagră sau intermediară	65	Fasole oloagă	22
Cartofi fierţi în coajă	65	Mazăre verde deshidratată[13]	22
Sfeclă	65	Ciocolată neagră (>70% cacao)	22
Dulceaţă îndulcită cu zahăr	65	Fructoză	20
Griş rafinat	60	Soia, arahide, nuci, alune, migdale	15
Orez lung	60	Caise proaspete	<15
Banane, pepene galben	60	Legume verzi, roşii, vinete, dovlecel, usturoi, ceapă	<15
Spaghete albe bine fierte	55		
Biscuiţi uscaţi	55		

[13] Boabele de mazăre uscate sunt numite «mazăre uscată»; se lasă pe câmp până la maturarea completă, apoi se usucă (la fel ca fasolea uscată). Mazărea uscată integrală trebuie lăsată la înmuiat, înainte de a fi fiartă; mazărea verde deshidratată este mai puţin făinoasă şi fierberea ei este mai rapidă. Mazărea uscată integrală se foloseşte în supe, tradiţional cu jambon. Mazărea verde deshidratată este adesea pasată în piure; se poate folosi şi în supe.

Glucidele rele

Acestea sunt toate glucidele a căror ingestie are ca efect declanşarea unei importante creşteri a glucozei în sânge şi provoacă în consecinţă hiperglicemia. Este vorba mai ales de glucide al căror IG este superior lui 50, ceea ce este cazul zahărului alb sub toate formele, pur sau combinat cu alte alimente (băuturi, dulciuri...), dar de asemenea şi mai ales al tuturor glucidelor rafinate industrial, ca făina albă (pâinea albă, pastele albe şi orezul alb).

Dealtfel, vom descoperi că aparţin în mod egal categoriei de „glucide rele", unele produse de consum curent precum cartofii sau porumbul, al căror IG este cu atât mai ridicat cu cât ele au suferit o transformare industrială (fecule şi fulgi de cartofi, fulgi de porumb, floricele de porumb...), sau care au fost modificate prin gătire (piure de cartofi, cartofi prăjiţi, diverse produse gratinate[14]).

Glucidele bune

Contrar celor dinainte, sunt glucide care ocazionează o eliberare modestă de glucoză în organism, adică slabă. Ele provoacă deci o creştere redusă a glicemiei. Este cazul tuturor cerealelor brute (făină nerafinată), a orezului complet şi a nenumăratelor feculente şi legume uscate, de asemenea al lintei, mazărei şi fasolei.

Se adaugă, mai ales fructele şi toate legumele verzi (praz, varză, salate, fasole verde...), dealtfel recunoscute pentru bogăţia în fibre.

Cuplul hiperglicemie şi insulină

Am văzut până acum că, atunci când absorbţia unei glucide era la punctul său maximal (vârf glicemic), pancreasul secreta insulină pentru a coborî glicemia, alungând glucoza din sânge. Cantitatea de insulină produsă va fi obligatoriu în raport cu importanţa glicemiei; hiperglicemia antrenând aşadar, în majoritatea cazurilor, un hiperinsulinism.

Vom reveni ulterior mai în detaliu, asupra acestei noţiuni care, şi ea, este fundamentală pentru a înţelege bine majoritatea fenomenelor metabolice şi consecinţele lor, în special pentru luarea în greutate.

Lipidele (sau grăsimile)

De mulţi ani, grăsimile fac obiectul unei veritabile psihoze printre contemporanii noştri. E adevărat că în SUA comportamentul, referitor la ele, conduce la paranoia. După ce a fost timp de secole alimentul cel mai căutat şi apreciat, grăsimea este astăzi obiectul tuturor reproşurilor şi datorită consecinţelor sale, al tuturor excluderilor. Dietetica tradiţională, o

[14] **Gratin** = crustă subţire formată din pesmet şi brânză rasă

face efectiv responsabilă de obezitate, în măsura în care ea conţine o mare cantitate de calorii. De altfel, se poate demonstra că prin colesterolul interpus, ea era responsabilă de afecţiunile cardio-vasculare. Ea este de asemenea acuzată astăzi, de a fi un factor important în producerea diabetului şi a unor cancere.

În capitolul consacrat prevenirii bolilor cardio-vasculare, vom reveni mai în detaliu asupra acestor consideraţii de ordin sociologic şi epidemiologic. Capitolul prezent este de natură tehnică, ne mulţumim deci să abordăm subiectul cu cea mai mare obiectivitate şi realism posibil.

Lipidele sau grăsimile de rezervă, sunt molecule complexe, mai curent denumite „corpi graşi". Se clasifică în general după originea lor:

- ***lipidele de origine animală*** sunt grăsimile conţinute în carne, peşte, unt, lactate, brânză, ouă..;
- ***lipidele de origine vegetală*** sunt uleiurile (de măsline, de floarea soarelui..) şi margarinele.

Totuşi, este foarte interesant să le clasificăm în funcţie de natura acizilor lor graşi. Se disting astfel:

- **Acizii graşi saturaţi.** Corespund grăsimilor din carne (vită, viţel, oaie, porc..), din mezeluri, din ouă şi din lactatele integrale (lapte, unt, smântână, brânză).
- **Acizii graşi mononesaturaţi.** Se găsesc mai ales în uleiul de măsline, grăsimile de raţă şi de gâscă şi în ficat.
- **Acizii graşi polinesaturaţi vegetali.** Sunt prezenţi în uleiuri de seminţe (mai ales cel de floarea soarelui), fructele oleaginoase.
- **Acizii graşi nesaturaţi „trans".** Sunt aceleaşi ca cele precedente dar structura lor chimică a fost modificată prin tratament industrial sau prin coacere. Îi găsim în toate pâinile industriale (sortening), fursecuri, biscuiţi, patiserie şi feluri de mâncare gata preparate.
- **Acizii graşi polinesaturaţi animali.** Sunt prezenţi în crustacee şi mai ales în peşte (omega 3).

Lipidele sunt necesare echilibrului alimentar. Ele furnizează o energie stocabilă pentru orice moment şi participă la multe funcţii ale organismului.

Consumul de lipide în alimentaţie este important, chiar indispensabil, căci:

- furnizează energie stocabilă sub formă de grăsimi de rezervă şi disponibilă în orice moment pentru a alimenta organismul în caz de nevoie energetică;
- sunt la originea formării membranelor şi celulelor;
- intră în compoziţia ţesuturilor şi mai ales a sistemului nervos;
- permit fabricarea hormonilor şi prostaglandinelor;
- sunt la baza fabricării sărurilor biliare;
- vehiculează vitaminele liposolubile A,D,E şi K;
- sunt singura sursă de acizi graşi esenţiali: acidul linoleic şi acidul alfa-linolenic;
- unii acizi graşi joacă un rol preventiv în patologiile cardio-vasculare.

Lipidele şi obezitatea

Grăsimile sunt cele mai mari furnizoare de energie, de aceea ele constituie inamicul numărul 1 în regimurile hipocalorice. Dar vom avea ocazia să descoperim ulterior că, este mai mică cantitatea de energie care este adusă prin alimentaţie, decât proastele obiceiuri alimentare care destabilizează metabolismul, conducând la favorizarea procesului de constituire a grăsimilor de rezervă. Vom învăţa aşadar, că hiperglicemia prin hiperinsulinismul interpus, este aceea care contribuie, într-o mare măsură, la stocarea anormală a aportului excesiv de grăsimi datorat lipidelor (lipogeneza)

Lipidele şi colesterolul

Corelaţia între un consum excesiv de grăsimi şi concentraţia colesterolului sanguin (responsabil de bolile cardio-vasculare) a fost de fapt arătată. Dar această afirmaţie era incompletă şi nu era nuanţată, căci colesterolul total se împarte în două tipuri de colesterol: cel „bun" şi cel „rău". Idealul este de a menţine o concentraţie a colesterolului total care să fie inferioară sau egală cu 2 g/l şi în care proporţia colesterolului „bun" să fie cea mai importantă posibilă.

Ceea ce trebuie să ştim este că nu toate grăsimile favorizează creşterea colesterolului „rău". Din contră, există unele care au tendinţa să-l diminueze sensibil. Este ceea ce vrem să redăm mai în detaliu în capitolul consacrat hipercolesterolemiei şi riscurilor cardio-vasculare.

Pentru acest lucru, convenim în scopul de a fi precişi, să clasificăm grăsimile în trei noi categorii:

- **grăsimile care cresc colesterolul.** Acestea **s**unt acizii graşi saturaţi care sunt conţinuţi, mai ales în carne, mezeluri, lapte, lactate integrale, unt şi unele brânzeturi, dar de asemenea în toate grăsimile hidrogenate ale margarinelor (acizi graşi „trans").

Un consum excesiv de grăsimi saturate poate produce o ridicare a concentraţiei colesterolului sanguin de natură să favorizeze accidentele cardio-vasculare. Numeroase studii tind, de altfel, să considere că abuzul de grăsimi saturate poate constitui un factor de risc în apariţia unor cancere.

- **grăsimile care au o mică influenţă asupra colesterolului.** Acestea **s**unt cele care sunt conţinute în păsările de curte, în crustacee şi în ouă.
- **grăsimile care fac să scadă colesterolul şi se opun leziunilor arterelor.** Acestea **s**unt acizii graşi nesaturaţi pe care îi găsim mai ales în uleiuri (excepţie face uleiul de palmier), fructele oleaginoase şi peşte dar şi în grăsimile de gâscă şi de raţă (ficat de gâscă...).

Se disting printre aceştia:

▪ *acizii graşi mononesaturaţi,* mai ales acidul oleic din uleiul de măsline dar şi din ficatul de gâscă şi din ciocolată, care au proprietatea de a face să scadă colesterolul total şi de a creşte colesterolul „bun". Au avantajul de a fi chimic stabili;

▪ *acizii graşi polinesaturaţi,* care sunt conţinuţi mai ales în uleiul de floarea soarelui, de porumb, de rapiţă şi care fac să scadă concentraţia colesterolului total. Sunt bogaţi în acizi graşi esenţiali, dar au inconvenientul de a se oxida uşor. Ori, aceşti acizi graşi polinesaturaţi, atunci când sunt oxidaţi (formează „trans"), devin de asemenea nocivi pe plan arterial ca un acid gras saturat.

De asemenea modificările chimice (hidrogenarea) făcute asupra unor grăsimi vegetale, de aceea solidificarea lor (pentru a deveni margarine) pare să le schimbe proprietăţile (formează „trans").

Acizii graşi esenţiali

Acidul linoleic (omega 6) şi acidul alfa-linolenic (omega 3) (regrupate altădată sub denumirea de vitamina F) merită aici o atenţie deosebită în măsura în care, prezenţa lor este indispensabilă în alimentaţie.

S-a demonstrat efectiv, aceşti ultimi ani, rolul capital al acestor acizi graşi în constituirea membranelor celulelor cerebrale şi în dezvoltarea sistemului nervos. Acest lucru are ca rezultat influenţarea nivelului de aptitudini mentale ale subiecţilor cu carenţe (mai ales în copilăria lor).

S-a arătat şi că, absenţa lor poate constitui un factor de responsabilitate în dezvoltarea unor grave boli cronice ale metabolismului, care ating populaţiile ţărilor industrializate şi în principal toate acelea în care apare o deficienţă a sistemului de apărare imunitară.

Proastele obiceiuri alimentare din epoca noastră, cum este natura îndoielnică a produselor care ne sunt oferite, mai ales cele rafinate, sunt probabil la originea acestor carenţe. Acidul linoleic care se găseşte în uleiurile de floarea soarelui, porumb şi de sâmburi de struguri, diminuează riscul cardio-vascular. Carenţa sa antrenează tulburări de creştere şi modificări celulare care alterează pielea, mucoasele, glandele endocrine şi organele sexuale. Aportul recomandat este de 10 g pe zi care poate fi obţinut de exemplu consumând zilnic 20 g ulei de floarea soarelui, de porumb sau de soia.

Acidul alfa-linolenic (omega3), pe care-l găsim în uleiurile de rapiţă, de alune, de germeni de grâu dar şi în grăsimile de peşte este în mod particular important în biochimia sistemului nervos. Carenţa sa poate produce o alterare a performanţelor de învăţare, anomalii ale transmisiei nervoase, un risc agravat de tromboză şi o foarte mică rezistenţă la alcool. Aportul recomandat este de 2 g pe zi. Această cantitate poate fi obţinută printr-un consum zilnic de 25 g de ulei de rapiţă.

Nici un ulei nu poate, el singur, să aducă un echilibru satisfăcător în acizi oleic, linooleic şi alfalinolenici. Pentru vinegretele cruditaţilor şi salatelor, se recomandă amestecul (sau alternarea a) 2 sau 3 tipuri de ulei:

- ori ulei de măsline + Isio4[15] ;
- ori ulei de măsline + ulei de floarea soarelui + ulei de rapiţă.

[15] **Isio4** = ulei vegetal compus din: Oléisol ®(un sortiment de ulei de floarea soarelui), ulei de floarea soarelui, rapiţă şi sâmburi de struguri.

Aportul zilnic de lipide

Consumul zilnic de grăsimi, sub toate formele, nu va trebui să reprezinte mai mult de 30% din alimentaţie. El este astăzi în Franţa de mai puţin de 45 % (din care două treimi sunt compuse din grăsimi saturate).

Idealul este de a repartiză raţia lipidică mâncând 25 % grăsimi saturate (carne, mezeluri, unt, lactate integrale), 50 % acizi graşi mononesaturaţi (grăsime de gâscă, ulei de măsline) şi 25 % acizi graşi polinesaturaţi (peşte, ulei de floarea soarelui, de rapiţă, de porumb etc.).

Vom reveni mai în detaliu asupra acestor recomandări ulterior.

NUTRIMENTELE NEENERGETICE

Faptul că unele nutrimente nu sunt energetice nu diminuează într-atât interesul lor nutriţional. Ba din contră. Dar faptul că ele nu furnizează energie a condus contemporanii noştri, prea mult la neglijarea lor, în condiţiile în care rolul lor în alimentaţie este vital.

FIBRELE ALIMENTARE

Strămoşii noştri mâncau fibre fără a şti. În ce ne priveşte, le-am descoperit, de puţin timp şi singular: constatând că nu mâncăm destule.

Fibrele alimentare, care se găsesc în cea mai mare parte în glucide cu IG scăzut şi mai ales foarte scăzut, sunt substanţe de origine vegetală; ele sunt în general combinate cu alte nutrimente. Le definim ca „reziduuri vegetale rezistente la acţiunea intestinului subţire, dar parţial hidrolizate de flora bacteriană colică”.

Formula lor chimică este compusă din glucide complexe. Le desemnăm câteodată sub termenul de „glucide nedigestibile”. Astfel, pe unele ambalaje alimentare, ele pot fi incluse în glucide totale. Dar această asimilare este abuzivă pentru că ele nu sunt digerate în totalitate şi deci nu au nici o incidenţă asupra glicemiei.

Diversele tipuri de fibre

Se disting două varietăţi care au proprietăţi foarte diferite:

- **Fibrele insolubile.** Sunt celuloza, mare parte din hemiceluloze şi lignina. Se găsesc în fructe, legume, cereale şi leguminoase.
- **Fibrele solubile.** Sunt pectina (fructe), gumele (leguminoasele), alginatele din alge (agar, guar, carragahen) şi hemicelulozele din orz şi ovăz.

Efectele fibrelor

Fibrele insolubile se umflă în apa ca un burete, permiţând accelerarea evacuării stomacului în vederea curăţirii, dar şi producerea de scaune mai voluminoase şi mai umede ceea ce uşurează expulzarea lor.

Rolul lor primordial este deci, de a realiza o excelentă prevenire a constipaţiei (în asociere cu băuturi din abundenţă). Dar ele contribuie şi la o mică scădere a concentraţiei colesterolului sanguin şi mai ales la prevenirea apariţiei de calculi la nivelul vezicii biliare. În sfârşit, ele au o acţiune preventivă asupra cancerului de colon şi de rect, care produc încă, 25000 de morţi pe an în Franţa!

Se poate reproşa, la un moment dat, acidului phytic din cereale că împiedică absorbţia calciului. S-a pretins de asemenea că „pâinea completă era decalcefiantă". Lucrări moderne au arătat că nu este de loc aşa dacă pâinea este făcută cu maia şi dacă respectă procedura de fabricaţie tradiţională (fără frământat accelerat[16]).

Fibrele nu stânjenesc absorbţia vitaminelor şi oligoelementelor atâta timp cât alimentele bogate în fibre (fructe, leguminoase, legume) conţin adesea un mare număr din aceşti micronutrienţi indispensabili pentru buna funcţionare a organismului nostru.

Fibrele solubile, absorbind o mare cantitate de apă, formează un gel dens cu proprietăţi multiple. Prin volumul său mare, el umple generos stomacul ceea ce dă o saţietate precoce. Aşadar, fără a absorbi multe calorii, senzaţia de foame se diminuează mai repede.

Acest gel modulează absorbţia glucidelor şi grăsimilor: ingestia alimentelor bogate în fibre solubile este urmată de o mai mică creştere a glicemiei. Secreţia de insulină este deci de mai mică importanţă. Ori, acest hormon facilitează stocarea grăsimilor, adică luarea în greutate. Rezumând, o bună porţie de fibre solubile va ajuta la slăbit, în cazul în care este nevoie să pierdem kilograme.

În acelaşi fel, această acţiune contribuie la ameliorarea echilibrului diabeticului diminuându-i glicemia. Aceia care au un diabet, trebuie deci să prefere alimentele glucidice bogate în fibre solubile (fructe, fasole albă, linte mai ales), care au un IG scăzut.

Fibrele, producând scăderea concentraţiei colesterolului sanguin, constituie un factor de protecţie cardio-vasculară. Acest lucru este pe atât de adevărat, pe cât unele alimente bogate în fibre (legume, fructe crude şi oleaginoase) conţin antioxidanţi (vitaminele C şi E, beta-caroten) care protejează de asemenea pereţii arterelor.

Această acţiune benefică asupra lipidelor sanguine este valabilă şi pentru trigliceride. Nu putem decât deplânge faptul că, toate ţările industrializate şi mai ales SUA, a diminuat anormal consumul lor de fibre. În Franţa nu se consumă astăzi decât 17 g de fibre pe zi şi pe locuitor, în timp ce aportul zilnic trebuie să fie de 40 g. Un aport minim de 30 g trebuie respectat. Americanii consumă actualmente mai puţin de 8 g, ceea ce este catastrofal.

[16] Frământat lent

APA

Masa lichidă a corpului reprezintă 45 până la 60 % din greutatea unui individ adult în stare de bună sănătate.

Omul poate supravieţui săptămâni fără hrană dar numai câteva zile fără apă. El poate pierde rezervele de glicogen, de grăsimi şi jumătate din proteinele sale fără a se expune la un pericol real, dar o deshidratare de doar 10% va fi o cauză notabilă de oboseală.

Fiecare din noi ştie că trebuie să înlocuiască apa pierdută prin urină, respiraţie, transpiraţie şi de asemenea prin materiile fecale. Cantitatea astfel eliminată este de ordinul a 2 litri la 2,5 litri pe zi.

Înlocuirea se face prin:

- băuturi: 1,5 l/zi (apă, lapte degresat, suc de fructe, ceai, supă...);
- apă conţinută în alimentele solide (pâinea are, de exemplu, un procent de umiditate de 35 %);
- apa metabolică, adică apa produsă de diferite procese chimice ale organismului.

Dacă se bea suficient, urina trebuie să fie limpede. Faptul că ea este prea galbenă înseamnă, sincer, semnul unei cantităţi insuficiente de apă băută.

SĂRURILE MINERALE ŞI OLIGOELEMENTELE

Sărurile minerale sunt substanţe esenţiale în viaţa omului. Ele participă într-un mod activ, la diferite funcţii metabolice şi electrochimice ale nervilor, muşchilor, la formarea structurilor osoase sau dinţilor. De altfel, unele minerale au rol de catalizator în multe reacţii biochimice ale organismului.

Mineralele trebuie clasificate în două grupe:

- cele a căror cantitate, necesară organismului, este relativ importantă: sunt macroelementele;
- cele care se regăsesc în cantitate infimă: sunt oligoelementele.

Aceste substanţe acţionează ca şi catalizatori al reacţiilor biochimice ale organismului. Într-un fel, sunt intermediarii care activează enzimele în munca lor şi dacă lipsesc, reacţiile chimice nu pot avea loc. Prezenţa lor este deci indispensabilă, chiar dacă ele acţionează în cantitate infinitezimală.

Unele oligoelemente sunt cunoscute de mult timp. De exemplu, este cazul fierului, al cărui interes pentru sănătate a fost remarcat din antichitate, fără să se ştie atunci cum poate el acţiona. Dar, multe din acţiunile lui au fost descoperite recent, cu ocazia cercetărilor efectuate asupra a ceea ce de obicei numim „bolile civilizaţiei”, de exemplu lipsa de vitalitate sau mai exact oboseala.

Oligoelementele sunt metale sau nemetale prezente în organism în foarte mică cantitate (din greacă *oligos* însemnând „mic”). Cele două probleme care se pun în zilele noastre, referitor la oligoelemente, sunt relativ la cantitatea şi calitatea lor.

Sărurile minerale	Oligoelementele
Sodiul Potasiul Calciul Fosforul Magneziul	Fierul Iodul Zincul Cuprul Manganul Fluorul Cromul Seleniul Cobaltul Molibdenul

Pământul agricol s-a sărăcit în oligoelemente, de fapt l-a sărăcit exploatarea industrială intensivă, prin subtrefugiul utilizării masive de îngrăşăminte chimice şi de fosfaţi şi prin nereintroducerea îngrăşămintelor naturale de origine animală în ciclul biologic. Acest lucru este adevărat, în special pentru deficitul de magneziu.

Vegetalele, care sunt puse pe acest sol sărăcit, sunt la rândul lor sărace în oligoelemente. De asemenea lumea animală este influenţată; este suficient, de exemplu să adăugăm în unele cazuri zinc în alimentaţia vacilor pentru a le permite din nou a gesta. Fără zinc, procreaţia nu poate avea loc.

Cum alimentaţia noastră este din ce în ce mai deficitară în oligoelemente, ne găsim prin voia sorţii, în carenţă. Conform avizului specialiştilor, aici este baza problemelor patologice ale acestui început de secol. Rămân deci două soluţii: ori se revine în urmă, ceea ce a propus cu succes agricultura biochimică, ori se completează alimentaţia cu suplimente alimentare, ceea ce nu trebuie să constituie decât o etapă de tranziţie, înainte de întoarcerea la normele de culturi mai conforme nevoilor noastre naturale.

VITAMINELE

În cursul secolelor, cu ocazia circumstanţelor particulare (cetăţi asediate, foamete, expediţii maritime), s-a putut remarca că apariţia bolilor se manifestă în raport cu o alimentaţie greşită. Este cazul hemoragiilor de gingii datorate scorbutului, tulburărilor osoase datorate rahitismului, paraliziilor şi edemelor datorate bolii beri-beri şi încă a leziunilor pielii datorate pelagrei. A trebuit să aşteptăm sfârşitul secolului XIX şi mai ales începutul secolului XX pentru a se fi demonstrat că acest dezechilibru era legat de absenţa în alimentaţie a substanţelor indispensabile pe care le-am denumit „vitamine” (din latină *vita* însemnând „viaţă”).

În afară de cazurile istorice citate înainte, existenţa acestor nutrimente esenţiale a fost ignorată căci hrana consumată de om, conţine în general suficient pentru a nu provoca carenţe notorii. Pe măsura schimbării obiceiurilor alimentare din aceste ultime decenii, generalizarea consumului de produse rafinate (zahăr alb, făină albă, orez alb), dezvoltarea

culturilor intensive şi transformărilor industriale, s-au pus în evidenţă, din ce în ce mai frecvent, noi carenţe sau mai puţin subcarenţe în unele vitamine.

Putem defini vitaminele ca şi compuşi organici necesari în mică cantitate, pentru a menţine viaţa, a promova creşterea şi a permite capacitatea de reproducere a omului ca şi a majorităţii animalelor.

Există multe surse. Carnea slabă a animalelor reprezintă una dintre ele, mai ales organele (ficat şi rinichi), care oferă o concentraţie importantă. Seminţele, precum şi leguminoasele, nucile, alunele sau cerealele integrale sunt egal bogate în vitamine. Rădăcinile, tuberculii (cartofi) sunt mai puţin. Cât despre fructe şi legume verzi, sunt într-un mod variabil. Conţinutul lor poate varia după natura solului, dar şi după timpul şi condiţiile de păstrare şi încă după acelea de eventuală coacere.

Este mereu interesant să vorbim de vitamine în general, dar ele constituie cel mai puţin un grup eterogen, prin structura şi modul lor de acţiune. Totuşi, se pot clasifica în două grupe: vitamine liposolubile pe de o parte şi vitamine hidrosolubile pe de alta parte.

Vitaminele liposolubile

Vitaminele liposolubile sunt în număr de 4: vitaminele A,D,E şi K. În natură, ele sunt în general asociate alimentelor grase: unt, smântână, uleiuri vegetale, grăsimi şi unele legume.

Proprietăţile comune ale vitaminelor liposolubile sunt următoarele:

- sunt stabile la căldură şi chiar rezistente la coacere;
- sunt depozitate în organism, mai ales în ficat ceea ce face ca eventuala carenţă să se manifeste în timp;
- pot fi toxice dacă sunt ingerate în exces (mai ales vitaminele A şi D)

Vitaminele hidrosolubile

Aşa cum indică denumirea lor, aceste vitamine sunt solubile în apă şi deci pot fi eliminate prin urină în caz de exces. Deoarece au fiecare proprietăţi particulare, se pare că sunt intim legate între ele prin diferite reacţii celulare, în care sunt implicate.

Principalele vitamine hidrosolubile sunt următoarele:

- vitamina C (acid ascorbic);
- vitamina B1 (tiamina);
- vitamina B2 (riboflavina);
- vitamina PP (niacina);
- vitamina B5 (acid pantotenic);
- vitamina B6 (piridoxina);
- vitamina B8 (biotina);
- vitamina B9 (acid folic sau folacina);
- vitamina B12 (cianocobalamina).

Ca şi oligoelementele, vitaminele sunt deci, catalizatori ale multor reacţii biochimice. Astăzi, se cunosc destul de bine consecinţele absenţei lor, căci în majoritatea cazurilor simptomele se manifestă.

În schimb, se cunosc mai puţin bine condiţiile interdependenţei lor şi consecinţele precise ale insuficienţei lor.

Dar ceea ce ştim deja, este totuşi foarte important. În lumina acestor cunoştinţe care se înmulţesc din zi în zi cu noi observaţii, este imposibil să nu cerem explicaţii. Aşadar, suntem conduşi să punem întrebările corecte şi să observăm că ele induc mare parte din răspunsuri.

Vom descoperi, în capitolele următoare, că îngrăşarea şi *a fortiori* obezitatea sunt mai degrabă rezultatul unei destabilizări a metabolismului, decât al unei alimentaţii prea bogate în calorii, cum am fost lăsaţi să înţelegem încă prea adesea. Vom vedea mai ales că a reduce în mod drastic porţiile alimentare, cum propun regimurile hipocalorice, nu pot conduce decât la o agravare a deficitelor de minerale şi vitamine, de care este deja responsabilă alimentaţia noastră modernă. Vom fi dealtfel mai surprinşi de a învăţa că, sunt paradoxale aceste reduceri calorice abuzive care, din frustrare în frustrare, produc în timp obezitatea, caracteristică ţărilor industrializate şi în particular SUA.

Există aceste diferende de opinie, în termeni de derivă şi poluare alimentară, încât suntem determinaţi să dezvoltăm în capitolele următoare şi cu toate acestea, vom învăţa pe de-a întregul să punem în practică, dacă nu ne scapă ceva, cel puţin pentru a limita considerabil efectele perverse.

Cum am indicat la început, interesul acestui capitol tehnic este capital. El este, în toate cazurile, indispensabil pentru înţelegerea metodei în general şi mai ales a capitolului următor. Acum când cunoaşteţi compoziţia nutriţională a alimentelor, veţi putea să înţelegeţi de ce ne îngrăşăm şi cum putem realmente şi definitiv să slăbim mâncând.

4
DE CE NE INGRĂŞĂM?

Dietetica tradiţională, hipocalorică până la disperare, deci restrictivă, vă face să credeţi că dacă vă îngrăşaţi -în afara unui eventual factor ereditar–este pentru că mâncaţi prea mult. Ştiţi însă că e fals, în măsura în care toţi cei care au încercat să-şi reducă porţiile de mâncare pentru a slăbi, nu doar nu au reuşit o scădere în greutate pe termen lung, dar în foarte multe cazuri, chiar s-au trezit după un timp, cu o greutate mai mare decât cea iniţială.

Încă o dată, nu excesul de energie conţinut în alimente este responsabil pentru depozitele de grăsimi, ci după cum vom vedea în detaliu în acest capitol, natura alimentelor consumate, adică caracteristicile lor nutriţionale.

Mai mult, am atras atenţia cititorului, pentru a-l stimula să citească cu atenţie acest capitol chiar dacă, ca şi precedentul, are doar un caracter tehnic. A trece direct la capitolul « Metoda » fără a fi înţeles adevăratele motive ale îngrăşării ar fi o eroare regretabilă.

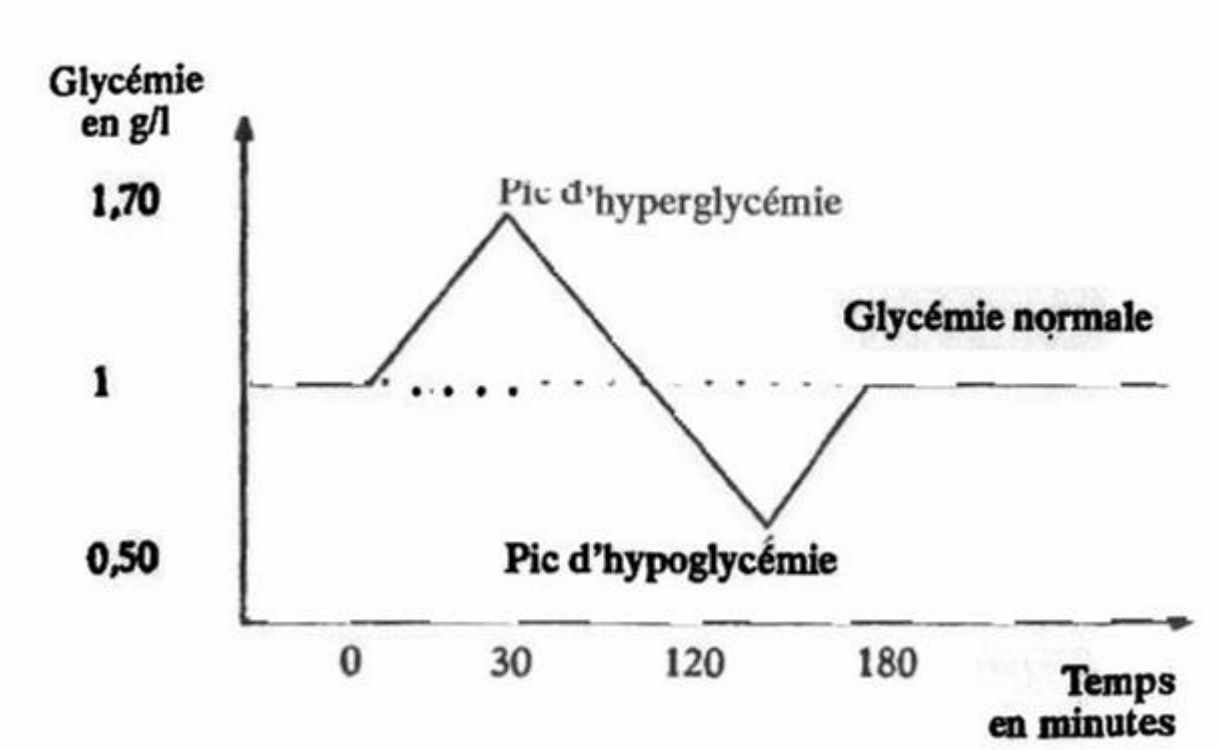
Explicaţia pentru « De ce ne îngrăşăm ? » se află în planul mecanismelor metabolice, din care unele conduc tocmai la formarea depozitelor de grăsime.

Am explicat înainte că unul din principalii carburanţi ai organismului este glucoza. Rezervorul permanent din care se alimentează toate organele care au nevoie de glucoză pentru a funcţiona (creierul, inima, rinichii, muşchii..) este sângele. Am văzut că în acest « rezervor » există teoretic o cantitate permanentă corespunzând la 1 g de glucoză la litrul de sânge. De fapt, organismul dispune de două mijloace pentru a-şi procura glucoza necesară şi pentru a menţine astfel nivelul rezervorului sau la 1 g pe litrul de sânge.

Unul dintre mijloace este de a-l fabrica. Organismul este capabil, într-adevăr, în orice moment, să producă glucoză pornind de la masa lui musculară. Dar aceasta soluţie de refugiu este excepţională. Ea poate apărea mai ales în timpul unui post, când toate celelalte surse sunt epuizate.

Celălalt mijloc pentru procurarea glucozei, mai obişnuit, este de a consuma alimente din categoria glucidelor, adică toate zahărurile, fructele şi alte feculente (vedeţi capitolul precedent). Ştim că, atunci când organismul consumă o glucidă, aceasta din urmă se transformă (spunem că se « metabolizează ») în glucoză în timpul digestiei (cu excepţia fructozei). Dar, înainte de a fi stocată în organism, sub formă de glicogen, glucoza digestivă trece prin sânge. Astfel, atunci când consumăm o glucidă, glucoza corespunzătoare va duce la creşterea glicemiei. După ce am consumat un fruct, dulciuri sau feculente, glicemia va creşte brusc peste valoarea sa normală (care, cum am mai spus, este de 1 g la litrul de sânge). Va putea trece, de exemplu, de la 1 g la 1,2 g, dacă mâncăm fructe, sau la 1,7 g dacă mâncăm cartofi.

Îndată ce am depăşit pragul de 1 g de glucoză la litrul de sânge, avem hiperglicemie. Din contră, dacă scade glicemia sub 0,5 g la litrul de sânge, avem hipoglicemie (a se vedea schema de mai jos).



După cum am văzut în capitolul anterior, hiperglicemia provocată de consumarea unei glucide depinde de indicele său glicemic. Astfel, dacă vom consuma un fruct al cărui IG este mic (30), hiperglicemia va fi foarte slabă. În schimb, dacă vom consuma dulciuri (IG 70), sau un cartof copt (IG 95), hiperglicemia va fi puternică şi curba ar putea atinge, de exemplu, 1,75g.

Îndată ce procentul normal este depăşit, se va declansa un mecanism de reglare. Acesta din urma este controlat de un organ foarte important numit « pancreas », cel care secretă insulina. Principala proprietate a acestui hormon este de a scade glicemia trecând glucoza în ficat (glicogen) sau chiar în muşchi.

Dar insulina mai favorizează şi stocarea grăsimilor în depozite. Ea poate de asemenea favoriza transformarea glucozei (dacă este excedentară în raport cu necesarul normal) în depozite de grăsime. Astfel, imediat ce glicemia din sânge creşte, pancreasul secretă insulina pentru a readuce curba la normal.

În acelaşi mod, imediat ce nivelul scade sub normal (hipoglicemie), pancreasul secretă un alt hormon – glucagonul-, al cărui rol este de a mări procentul de glucoză din sânge cu scopul de a restabili echilibrul glicemiei.

În mod normal, cantitatea de insulină produsă de pancreas cu scopul de a scade glicemia este direct proporţională cu importanţa glicemiei. De exemplu, dacă mâncăm un fruct ce produce o hiperglicemie mică, pancreasul va secreta puţina insulină pentru a scade această glicemie, pentru că această sarcină este puţin importantă. În schimb, dacă vom mânca un desert care va declanşa o hiprglicemie mare, pancreasul va trebui să trimită o doză mai mare de insulină pentru a scade glicemia.

În toate cazurile, glucoza astfel « alungată » din sânge de către insulină va fi ori stocată în ficat (sub forma de glicogen), ori va fi folosită de organele care au nevoie de ea, cum ar fi creierul, rinichii sau chiar globulele roşii, ori va fi depozitată în ţesuturile musculare.

Dar ştim de acum că dacă un individ are tendinţa de a se îngrăşa şi mai ales dacă înclină spre obezitate, atunci pancreasul său va fi tentat să secrete o doză excesivă de insulină, adică disproporţionată în raport cu creşterea glicemiei. Pentru a înţelege mai bine acest fenomen, vom face un experiment dublu, punând o persoană cu tendinţe de îngrăşare să consume două feluri de tartine (pâine) cu unt.

EXPERIENŢA PÂINII UNSE CU UNT

PRIMA OBSERVATIE

Îl vom pune să consume 100 g pâine albă peste care vom pune 30 g unt. Pâinea se va metaboliza în glucoză, iar untul în acizi graşi şi cele două substanţe vor tranzita sângele (vezi fig. 1).

Pâinea albă fiind o glucidă cu IG ridicat (70), va rezulta o hiperglicemie mare. (aproximativ 1,7).

Pentru a coborî nivelul glicemiei, pancreasul va secreta o anumită cantitate de insulină. Dar, cum avem de-a face cu un pancreas defectuos, cantitatea de insulină va fi disproporţionată în raport cu cea normală. (fig. 2). Şi acest hiperinsulism va provoca o stocare anormală a unei parţi din acizii graşi din unt (fig. 3 şi fig. 4).

A DOUA OBSERVAŢIE

De data aceasta îl vom pune să consume pâine integrală veritabilă peste care vom pune tot cele 30 g de unt (fig. 1). Pâinea integrală având un IG scăzut (40), va rezulta o hiperglicemie scazută (aproximativ 1,2). Pentru a reduce această hipeglicemie slabă, pancreasul va secreta o cantitate foarte mică de insulină (fig. 2).

Cum nu există hiperinsulinism, în afara unei slabe solicitari, pancreasul va secreta doar doza de insulină necesară pentru a cobori această hiperglicemie mică (fig. 3). Drept urmare, acizii graşi din unt nu vor mai fi stocaţi anormal, deoarece nu mai există un exces de insulină (fig. 4).

Acest experiment al pâinii cu unt, deşi este oarecum schematic, este suficient pentru a face bine înţelese mecanismele formării depozitelor de grăsime şi deci al greutăţii excedentare. În cele două cazuri « cobaiul » nostru a mâncat acelaşi lucru: 100 g de pâine + 30 g de unt. De ce ne îngrăşăm în primul caz şi în al doilea nu? Din cauza naturii pâinii, bineînţeles! Compoziţia sa nutriţională este singura explicaţie.

Pâinea albă este de fapt un aliment rafinat. I s-au eliminat nu numai fibrele, dar şi cea mai mare parte a proteinelor, sărurilor minerale şi oligoelementelor. Acesta este motivul pentru care IG-ul său este ridicat. Pâinea integrală, în schimb, este un aliment brut, căruia i

s-a lasat în întregime conţinutul nutriţional şi mai ales fibrele şi proteinele. De aceea indicele său glicemic este scăzut.

Première observation :
consommation de 100 g de pain blanc et de 30 g de beurre

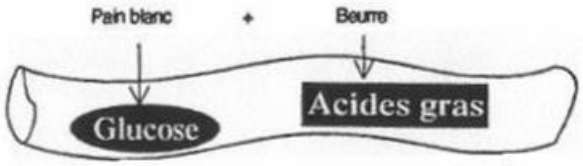


Fig 1 vaisseau sanguin *Pain blanc = glucose* *Beurre = acides gras*

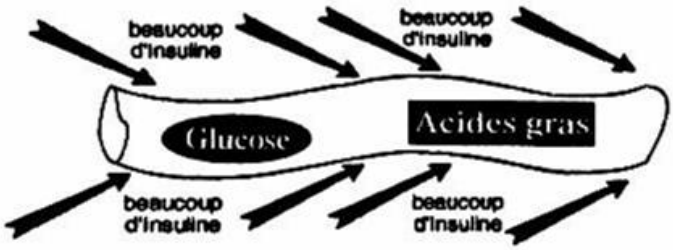


Fig 2 ***L'importante quantité de glucose contenue dans le sang déclenche une forte sécrétion d'insuline d'où hyperinsulinisme.***

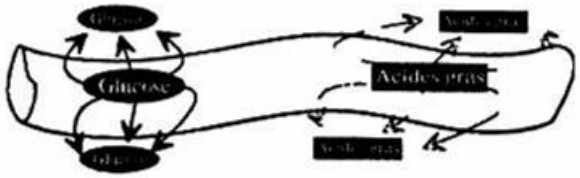


Fig 3 ***L'insuline chasse le glucose du sang mais son excès (hyperinsulinisme) va entraîner avec lui une partie importante des acides gras.***

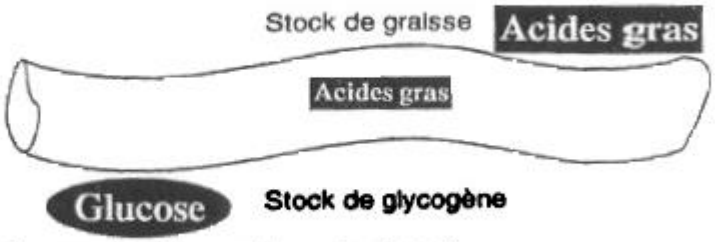


Fig 4 ***Le glucose se stocke sous forme de glycogène.***
Les acides gras sont stockés en graisses de réserve d'où prise de poids.

Deuxième observation :
consommation de 100 g de pain intégral et de 30 g de beurre

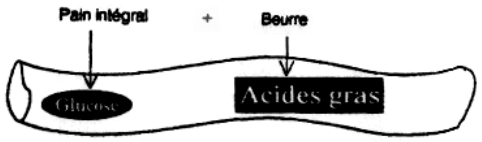


Fig 1 vaisseau sanguin *Pain intégral = glucose* ***Beurre = acides gras***

Fig 2 ***La faible présence de glucose déclenche la sécrétion d'une très faible quantité d'insuline.***

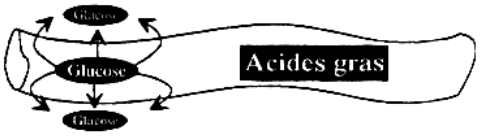


Fig 3 ***La faible sécrétion d'insuline permet de chasser le glucose du sang, mais n'est pas suffisante pour entrainer avec elle les acides gras.***

Fig 4 ***Le glucose se stocke sous forme de glycogène. Les acides gras ne sont pas stockés sous forme de graisses de réserve d'où absence de prise de poids.***

Pâinea albă provocând o glicemie mare, conduce de fapt la o creştere în greutate (stocarea untului) prin hiperinsulismul ce a intervenit. Pâinea integrală, provocând o slabă glicemie, nu va favoriza stocarea acizilor graşi din unt întrucât nu va avea loc o secreţie excesivă de insulină (hiperinsulinism).

Am demonstrat astfel că nu cantitatea de energie conţinută de alimente (aproape aceeaşi pentru cele două cazuri de pâine cu unt) este cea care provoacă luarea în greutate. Natura alimentelor consumate, adică conţinutul lor nutriţional, este ceea ce va induce sau nu mecanisme ce vor produce îngrăşarea.

Dacă nu există creştere în greutate în al doilea caz, este pentru că IG-ul pâinii e suficient de mic pentru a evita hiperinsulinismul, proces care este, indirect, adevaratul factor ce declanşează îngrăşarea.

Am avut grijă ca, descriind această experienţă, să precizăm că era vorba despre un organism în care pancreasul suferea de hiperinsulinism. Ce diferenţiază slabul de gras? Daca

unul dintre cei doi se îngraşă mult (obez) mâncând acelaşi lucru (glucide cu IG mare), el va face hipeinsulinism. Căci nu există, la el, adecvare între procentul de insulină secretată şi cantitatea de glucide ingerată. Celălalt, cal slab, nu a facut încă hipeinsulinism, dar nu va dura mult, dacă va continua să consume în exces glucide rele.

Hiperinsulinismul este, cum tocmai l-am descris, responsabil de stocarea anormală a acizilor graşi în depozite de grăsime, care în absenţa hiperinsulinismului ar fi în mod normal arse. Dar trebuie să mai ştim că el este de asemenea responsabil de transformarea glucozei în depozite de grăsime atunci când glucoza este excedentară, adică este într-o cantitate superioară capacităţii de stocare şi nevoilor imediate. Astfel am explicat de ce, suprimând în totalitate consumul de grăsimi şi înlocuindu-le cu glucide cu IG mare, anumite peroane supraponderale continuau să ia în greutate, chiar dacă ele consumau mai puţine calorii.

În stadiul în care ne aflăm putem, pe de o parte, înţelege uşor că îngraşarea şi *a fortiori* obezitatea, nu sunt decât consecinţa indirectă a unei alimentaţii bogate în glucide cu IG ridicat (prea mult zahăr alb, prea multă făină albă, prea mulţi cartofi) asociată cu un aport de grăsimi. Consumul excesiv de glucide rele se va traduce într-un final printr-o hiperglicemie permanentă, a cărei consecinţă va fi o stimulare anormală a pancreasului. Acesta din urmă va putea rezista, într-o primă fază, dar după câţiva ani de tratament din acesta dur, pentru care nu a fost pregătit, va începe să dea semne de oboseală. Atunci vom lua în greutate cu vârsta, îngrăşarea fiind întotdeauna proporţională cu dezvoltarea hiperinsulinismului.

REZULTANTA GLICEMICA A MESEI

Studiile au arătat că noţiunea de IG rămânea valabilă în cazul unei mese complexe. Ea depinde cert de catitatea de glucide absorbite, dar şi de proteinele şi de fibrele care sunt ingerate împreună. Există deci o rezultantă glicemică a mesei, despre care studiile arată că nu este decât uşor inferioară aceleia care ar exista în cazul în care glucida principală a mesei ar fi fost consumată singură.

Dar, dincolo de noţiunea de IG, este mai ales amplitudinea secreţiei de insulină cea care trebuie luată în considerare. Căci s-a arătat că răspunsul insulinic era aproape întotdeauna mai mare (mai puţin pentru fasolea albă) atunci când glucida era consumată în cadrul unei mese complexe decât dacă era consumată izolat, la un subiect suferind de hiperinsulinism, ceea ce este cazul obezului (şi al unui diabetic ce nu este insulinodependent).

Am arătat deci că anumite proteine (mai ales proteinele conţinute în lactoserul laptelui de vacă) declanşau indirect o secreţie importantă de insulină chiar dacă aveau un mic impact asupra glicemiei.

Dacă eraţi gras în copilărie, era pentru că pancreasul vostru deja se afla într-o stare proastă când aţi venit pe lume, din motive ereditare fără îndoială. Şi obiceiurile alimentare proaste pe care vi le-aţi însuşit apoi (prea multe glucide rele) n-au făcut decât să agraveze situaţia.

Dacă populaţia occidentală se confruntă astăzi cu serioase probleme legate de îngraşare şi de obezitate, este deoarece contemporanii noştri au adoptat, de mai bine de cincizeci de ani, o alimentaţie în care glucidele rele au o prea mare importanţă.

În fapt, acest lucru derivă din obisnuinţele alimentare existente de aproape un secol şi jumătate. De fapt, începând cu prima jumatate a secolului al XIX – lea noile alimente, toate cauzatoare de hiperglicemie, s-au răspândit mai larg în ţările occidentale: zahărul, cartoful şi făina albă.

ZAHĂRUL

Până în secolul XVI, zahărul era practic necunoscut lumii occidentale. Era uneori consumat ca şi mirodenie, iar raritatea sa îl făcea să fie un produs foarte scump, accesibil doar celor bogaţi. Descoperirea Lumii Noi permite o dezvoltare relativă a trestiei de zahăr, dar transportul şi costurile legate de rafinare l+au făcut mereu să rămână un produs de lux rezervat celor privilegiaţi. În 1780, consumul era mai mic de 1 kilogram pe an pe cap de locuitor. Descoperirea, în 1812, a procedeului de extragere a zahărului din sfeclă, face din zahăr, progresiv, un produs de larg consum, preţul său de revenire fiind vizibil mai scăzut.

Pentru Franţa, statisticile legate de consumul de zahăr sunt urmatoarele:

- 1800: 0,6 kg pe an pe cap de locuitor;
- 1880: 8 kg pe an pe cap de locuitor;
- 1900: 17 kg pe an pe cap de locuitor;
- 1930: 30 kg pe an pe cap de locuitor;
- 1965: 40 kg pe an pe cap de locuitor;
- 1990: 35 kg pe an pe cap de locuitor.

Zahărul este, după cum se ştie, o glucidă cu IG ridicat (70). Consumul său antrenează deci o hiperglicemie care are drept urmare o stimulare excesivă a pancreasului. Se poate astfel considera că descoperirea zahărului extras din sfecla de zahăr a bulversat obiceiurile alimentare ale contemporanilor noştri, până la punctul la care putem spune ca niciodată în istoria omenirii n-a avut loc o schimbare alimentară atât de radicală într-un interval de timp atât de scurt.

Francezii pot totuşi să se bucure aflând că sunt cei mai slabi consumatori de zahăr din lumea occidentală. Englezii consumă 49 kg, germanii 52 kg, recordul mondial fiind deţinut de americani, cu 58 de kg pe cap de locuitor! Situaţia este chiar mai gravă în condiţiile în care zahărul american, care este extras din porumb (şi nu din sfecla de zahăr ca în Europa), are un indice glicemic mult mai ridicat.

CARTOFII

Unii ar putea crede că, cartoful aparţine patrimoniului alimentar al bătrânei Europe. Nu este nimic, pentru că a început să se dezvolte doar la începutul secolului al XIX-lea, după ce Parmentier l-a propus ca înlocuitor provizoriu al grâului în timpul perioadei de foamete care preceda Revoluţia.

După descoperirea sa la Pérou, la mijlocul secolului al XVI-lea, cartoful a servit doar la îngrăşarea porcilor. De altfel, se numea « tubercul porcesc » şi făcea obiectul unei mari

neîncrederi datorită apartenenţei sale la familia botanică a solanaceelor, în cea mai mare parte specii otrăvitoare.

Ce ne preocupă astăzi este să învăţăm că, cartoful are unul dintre cei mai mari IG, întrucât copt sau prăjit, este mai mare decât cel al zahărului.

Felurile în care este gătit cartoful sunt foarte importante, căci pot conduce la apariţia, mai mult sau mai puţin, a amidonului rezistent. Când facem cartofi copţi sau piure, cantitatea de amidon rezistent este aproape nulă şi deci majoritatea e transformată în glucoză.

Cartoful are de altfel, un interes alimentar scăzut, deoarece, în afara efectului sau hiperglicemiant foarte mare, el are un conţinut nutriţional foarte mic dupa gătire (8 mg/100 g de vitamina C şi câteva fibre). Conţinutul său în vitamine, minerale şi oligoelemente este cu atat mai inexistent cu cât ele se situează în apropierea cojii şi este deci eliminat sistematic în timpul curăţării. El se reduce, de asemenea în cazul păstrării în timp.

FĂINURILE RAFINATE

Măcinarea făinii, cernerea ei a existat dintotdeauna. Altădată era realizată grosier, cu mâna şi ţinând cont de preţul său de revenire ridicat (30 % din materii eliminate), consumul făinei astfel obţinute era rezervată celor bogaţi. Populaţia neavând dreptul decât la pâine neagră, Revoluţia franceză a făcut din pâinea albă una din revendicarile ei simbolice esenţiale. Dar a trebuit să se aştepte anul 1870 şi descoperirea morii cu cilindri pentru a face să scadă substanţial preţul de revenire al rafinării făinei şi pentru a putea asigura unui număr mai mare pâinea albă zilnică.

Ori, ştim astăzi că o făină rafinată este sărăcită de toate substanţele sale nutriţionale: proteine, acizi graşi esenţiali, vitamine, săruri minerale, oligoelemente, fibre. Şi ştim mai ales că rafinarea făinii de grâu face ca IG-ul său să treacă de la 40 la 70, ceea ce face din ea un aliment hiperglicemiant.

Contemporanii noştri (cu exceptia americanilor) mănâncă poate mai puţină pâine decât acum o sută de ani, dar consumă mai multă făină albă: paste albe, sandwich-uri, pizza, fursecuri, diverse prajituri...

OREZUL ALB ŞI PORUMBUL

Orezul alb, vine, cum ştie toată lumea, din Asia, unde localnicii îl consumă în general cu legume, al căror conţinut în fibre, vitamine, săruri minerale şi oligoelemente e foarte mare, ceea ce duce la scăderea rezultantei glicemice. Occidentalul, care a inventat rafinarea, îl mănâncă mai bucuros cu carne gătită, adică cu grăsimi saturate.

Trebuie să precizăm întâi că orezul străvechi (asiatic mai ales) corespunde vechilor specii, bogate în fibre şi proteine, ceea ce le conferea un IG mai degrabă scăzut. Cel mai bun exemplu este cel al orezului basmati (IG: 50). Orezul modern, hibrid şi selectat genetic pentru randament, are IG ridicat, mai ales orezul glutinos.

La fel este şi cu porumbul, a cărui varietate consumată este în ţările occidentale corespunzătoare seminţelor hibride puse la punct în laboratoare, în cadrul cercetării agronomice canalizate doar pe randament. Porumbul original cu care se hrăneau indienii din America are un indice glicemic mai scăzut (aproximativ 35). S-a arătat că, conţinutul său mai bogat în fibre solubile explică diferenţa. Nu numai că acest aport important de fibre solubile ducea la o glicemie scazută, dar permitea de asemenea reţinerea umidităţii. Înţelegem deci, de ce în absenţa fibrelor solubile, este necesară azi udarea excesivă a speciilor de porumb moderne –cu consecinţele ecologice ştiute privind epuizarea pânzei freatice.

AMELIORAREA EFECTELOR NEDORITE

Dacă vrem să înţelegem bine fenomenul occidental de îngrăşare şi obezitate, este suficient să constatăm că deriva obiceiurilor alimentare ale lumii noastre s-a făcut în avantajul alimentelor hiperglicemiante (zahăr, cartofi, făină, orez alb) şi în detrimentul glucidelor cu IG mic (legume verzi, linte, fasole, bob, mazăre, cereale brute, fructe...) care constituiau altădată baza alimentaţiei.

Înţelegem de asemenea că toate cercetările în domeniul agronomiei din ultimii ani, orientate doar spre obiective legate de productivitate, s-a facut în detrimentul calităţii nutriţionale a alimentelor. În cazul cerealelor, de exemplu, această sărăcire s-a tradus printr-o creştere a IG-urilor, având consecinţele metabolice deja cunoscute.

Când privim tabelul IG-urilor (vezi capitolul 3 din prima parte), suntem surprinşi să constatăm că alimentaţia modernă se afla în partea stangă (indici glicemici mari) şi că alimentaţia traditională se regaseşte în coloana din dreapta.

Deriva obiceiurilor alimentare ale societăţii noastre occidentale corespunde trecerii de la consumul de alimente din coloana dreapta la coloana stangă şi deci adoptarea unui model alimentar în care domină glucidele cu IG mare.

În mod progresiv, de la începutul secolului al XIX-lea, populaţia occidentală a introdus în alimentaţia sa produse din ce în ce mai hiperglicemiante. Dar, chiar dacă pancreasul lor începea să dea semne de oboseală, obezitatea rămânea înca foarte marginală. Există două explicaţii pentru asta. Mai întâi, oamenii epocii mâncau mult mai multe legume şi leguminoase decat astăzi, ceea ce reprezenta un aport important de fibre. Se ştie că aceste fibre au ca efect scăderea glicemiei şi limitarea secreţiei de insulină a pancreasului. În plus, IG-ul al cerealelor (chiar parţial rafinate) era mai scăzut, cum am vazut anterior, din cauza productivităţii scăzute. Apoi, şi mai ales, oamenii mâncau puţină carne gătită, asta pentru că nu dispuneau de mijloacele necesare preparării. În acest fel consumul lor de grăsimi saturate (cele care se depun cel mai uşor)era mic.

O dată cu creşterea nivelului de trai, ţările occidentale şi-au schimbat rapid obiceiurile, privilegiind consumul de carne gătita, deci de grăsimi, dar mai ales de glucide rele (zaharuri, făină rafinată, cartofi, orez alb, porumb hibrid) şi consumând mai puţine legume şi leguminoase, adică mai puţine fibre.

Statele Unite sunt, de altfel, cel mai bun exemplu în acest sens, în măsura în care este locul unde se consumă cele mai multe alimente hiperglicemiante şi carne preparată şi unde se consumă cel mai puţin legume verzi. Nu este deci de mirare că această ţară deţine recordul în materie de obezitate. Am remarcat întotdeauna, de-a lungul secolelor, că puţinele persoane care erau grase făceau parte din rândul bogaţilor. Mult timp s-a crezut ca dacă cineva era gras, era pentru că era bogat şi astfel mânca mai mult ca alţii. De fapt, nu mânca mai mult decat oamenii din popor, ci mânca doar diferit, căci avea mijloacele necesare pentru a putea procura şi consuma zahăr şi făină rafinată, produse rare şi scumpe. În mod paradoxal, în SUA, cel mai mare procent de persoane obeze este în rândul oamenilor săraci. Şi asta pur şi simplu pentru că alimentele hiperglicemiante, la fel ca şi cărnurile foarte grase, au găsit aici cea mai bună piaţă de desfacere.

Cum v-am mai spus de multe ori, acest capitol este foarte important pentru înţelegerea principiilor metodei, a cărei explicaţie detaliată urmează să o dăm în continuare.

Recitiţi-le de mai multe ori, până cand veţi fi siguri ca aţi înţeles de ce natura glucidei este cea care va conduce sau nu la acumularea de grăsime. Pentru a putea manca fără a ne mai îngrăşa vreodată, este absolut necesar să înţelegem de ce ne-am îngrăşat.

Speranţele pe care le aveţi să scapaţi pentru totdeauna de kilogramele în plus constau în aceea că organismul uman este capabil de o reală reversibilitate. Toţi americanii care vizitează Franţa sunt surprinşi să constate că au pierdut din greutate mâncând bucate din bucataria noastră tradiţională. În acelaşi fel, adolescenţii francezi care îşi petrec vara în SUA se întorc în general cu « rotunjimi » suplimentare.

Asta înseamnă că modul alimentar pe care îl adoptăm este cel care conduce fie la creşterea în greutate, fie la scăderea ei. Şi tocmai calitatea celor mâncate şi nu cantitatea, este responsabilă pentru acest lucru. Dacă mâncaţi doar glucide din coloana stangă, cele al căror IG este mare, vă veţi îngrăşa. Dacă veţi prefera glucidele din coloana dreaptă vor fi şanse serioase să slăbiţi.

INDIENII DIN ARIZONA ŞI ABORIGENII DIN AUSTRALIA REDESCOPERĂ IG MICI

Odata cu « New Deal », preşedintele Roosevelt deschidea, în 1945, rezervaţiile indienilor din SUA, dându-le astfel acces la modul de alimentaţie vicios « feţelor palide ». Cincizeci de ani mai târziu, aceştia erau bântuiţi de obezitate şi diabet.

Acum câţiva ani, li s-a propus indienilor din Arizona să se « întoarcă » la alimentaţia strămoşilor lor, ceea ce a permis echilibrarea balanţei. S-a putut proba astfel experimental că, cu un aport caloric identic (prezenţa grăsimilor mai ales), doar alegerea exclusiv a glucidelor cu IG mic explica rezultatele excepţionale obţinute.

Acelaşi tip de experiment s-a realizat şi în Australia, cu aborigenii a căror existenţă a fost salvată datorită întoarcerii la alimentaţia lor tradiţională.

Iată de ce metoda pe care v-o propun este bazată pe alegeri alimentare. Ea nu este restrictivă, după cum ştiţi, ea este însă selectivă. Alegând alimente care convin, oricare ar fi

cantitatea, veţi putea slăbi în mod eficient şi durabil şi asta continuând să mâncaţi cu plăcere şi de asemenea gastronomic. Dacă, după cateva luni de menţinere corectă a Fazei I, slăbirea este nesemnificativă sau chiar insuficientă, vor trebui căutate posibilele cauze ale acestei rezistenţe la slăbit. Voi înlătura de la început cazul acelor femei care au o greutate foarte apropiată de cea ideală, dar care, în ciuda acestei situaţii normale, se încăpăţânează să slăbească, ca şi cazul acelor femei care confundă excesul de greutate şi celulita. Alţi factori de responsabilitate vor trebui totuşi identificaţi şi îi vom putea enumera astfel:

- ori anumite medicamente ar putea avea un efect negativ asupra organismului. Este cazul tranchilizantelor, antidepresivelor, litiumului,
betablocantelor, a cortizonului sau a tonicelor ce conţin zahăr (a se vedea capitolul 7 al parţii a doua);
- ori stresul (de care vom mai vorbi ulterior). A-l gestiona printr-o metodă de relaxare poate fi necesar în scopul obţinerii unei slăbiri corecte;
- ori tulburările hormonale care apar la femeie înainte sau în momentul menopauzei, cu sau fără tratament medical (a se vedea partea a doua);
- ori o bulimie relevant comportamental.

REZUMAT. MECANISMUL LUĂRII ÎN GREUTATE ŞI AL PIERDERII ÎN GREUTATE

Persoanele care au tendinţe de îngrăşare suferă de hiperinsulinism. Asta înseamnă că pancreasul secretă o cantitate de insulină disproporţionată în raport cu glicemia lor postprandială (de după masă). Această diferenţă de insulină va avea deci ca efect deturnarea unei părţi a acizilor graşi consumaţi în timpul mesei pentru a-i depozita sub formă de grăsimi de rezervă (este fenomenul de lipogeneză).

Mai mult, această diferenţă de insulină poate avea ca efect transformarea glucozei în exces în grăsimi de rezervă; este mai ales în cazul în care consumul de glucide cu IG mare în timpul unei mese a fost important şi organismul nu l-a utilizat. În ambele cazuri, are loc o creştere în greutate. Dacă, în schimb, persoana care are exces ponderal consumă doar glucide cu IG scăzut şi mai ales foarte scăzut (mai mic sau egal cu 35), creşterea glicemiei va fi foarte slabă şi prin urmare răspunsul insulinic va fi nesemnificativ. În aceste condiţii, toate grăsimile consumate în timpul mesei vor fi arse, iar organismul va activa ceea ce se numeste « lipoza », adică va căuta rezervele de grăsime pentru a le arde. De unde slăbirea.

Înţelegem astfel că, cheia pierderii în greutate este reducerea secreţiei de insulină. (În absenţa totală a insulinei există chiar o slăbire patologică: diabetul juvenil de tip I.)

5

METODA

Când privim la televizor clipurile pentru produsele alimentare, suntem întotdeauna surprinşi de contrastul ce există între diferite exagerări, fie că e vorba de un aliment pentru animale sau de unul pentru noi, bieţii oameni.

Când produsul în cauză este destinat prietenilor noştri necuvântători, scenariul mesajului publicitar este oarecum acelaşi. Intră mai întâi în scenă un veterinar, căci referinţele unui profesionist sunt întotdeauna valoroase. Apoi prim-plan pe animal, un câine de exemplu, alergând pe câmp, cu scopul de a-i sublinia vitalitatea. Apoi, nu lipseşte decât să ni se atragă atenţia asupra frumuseţii blănii, privirii vioaie, care sunt semnul unei excelente sănătăţi. În final apare veterinarul care ne explică faptul că, dacă animalul este într-o stare atât de bună, acest lucru se datorează stăpânului său care îl hrăneşte cu produsul X, a cărui calitate el a verificat-o în mod ştiinţific. Şi enumeră toate nutrimentele indispensabile –proteinele, vitaminele, sărurile minerale, oligoelementele şi fibrele- pe care le conţine.

Dacă, în schimb, spotul publicitar laudă meritele unui produs alimentar pe care majoritatea muritorilor îl consumă în mod obişnuit, scenariul este cu totul altul: accentul se pune cel mai adesea pe preţ sau pe condiţiile de păstrare.

Când într-un spot celebru, ciclistul ghinionist ajunge cu întârziere şi prietenii lui de drum au golit castronul de supă, îl linişteşte, căci punguţa cu concentrat, căreia i se face reclamă, are nevoie de doar câteva secunde pentru a face o supă « ca la mama acasă ». Un adevărat substituit, fals, a cărui compoziţie n-o bănuieşte nimeni (glutamat de sodiu, zaharuri, amidon modificat, conservanţi..), şi nici nu se întreabă nimeni de absenţa aproape totală a nutrimentelor.

Când cei ce lucrează în publicitate elaborează un mesaj, profesionalismul îi conduce invariabil la enunţarea unor termeni sensibili şi anume se referă la simbolurile ce au impact asupra subconştientul publicului. Chiar aşa, de ce să pomenim conţinutul nutriţional al unui aliment pentru a-i lauda calităţile, dacă nimeni nu este sensibil la acest argument şi pe deasupra, nimănui nu-i pasă ?

IMPORTANŢA ACORDATĂ HRANEI

După aproape jumătate de secol, civilizaţia noastră a uitat treptat importanţa pe care ar putea-o avea factorul alimentar, nu numai pentru sănătate, dar şi pentru supravieţuire. Dieteticienii şi alţi nutriţionişti de avangardă, nepunând accentul decât pe aspectul energetic al alimentelor, industria alimentară s-a putut concentra exclusiv asupra obiectivelor economice, ceea ce a permis o dezvoltare fantastică în plan tehnologic. Mentalităţile s-au transformat. Urbanizarea, organizarea societăţii, munca femeilor şi timpul liber au modificat treptat raportul indivizilor cu hrana. Situaţia extremă este chiar modelul pe care ni-l oferă americanii.

În această ţară, procesul de hrănire este redus doar la satisfacerea unei nevoi fiziologice. Se mănâncă la fel cum se merge la toaletă, din obligaţie. În aceste condiţii, nu văd de ce ar cheltui mai mult şi de aceea alegerea se face mai întâi în funcţie de preţ. Soluţia de marketing a fast-food-ului a fost de a propune un prânz cu 99 cenţi. Mai puţin de un dolar.

În cadrul sindicatelor din SUA, prânzul nu este niciodată luat în calcul. În mod oficial nu există. De aceea se mănâncă mergând pe stradă sau pe un colţ al biroului, continuând munca. În toate cazurile, alimentul este redus la simplul rol de a tăia foamea. Prin urmare, trebuie să fie ieftin şi să fie mâncat cât mai repede posibil.

Franţa, ca majoritatea ţărilor latine (Italia, Spania, Portugalia, Grecia) are, slavă Domnului, o altă concepţie asupra hranei. Pentru francezul sadea, mâncarea aparţine unei alte simbolistici. A se hrăni face parte din ritualul vieţii. Chiar dacă acest lucru reprezintă un mijloc de supravieţuire, este mai ales un prilej de răsfăţ, căci a mânca se încadrează într-o intervenţie hedonistă.

Tradiţia culinară şi chiar gastronomică nu derivă doar din folclor, este o caracteristică fundamentală a culturii ţării noastre. Este o artă, cu nuanţele, particularităţile şi caracteristicile sale geografice. Bucătăria şi produsele specifice Franţei fac parte din zestrea căreia fiecare francez îi asigură, inconştient, continuitatea.

Ora prânzului este deci sacră şi i se rezervă timpul necesar. În provincie, birourile, magazinele şi administraţiile îşi închid uşile; cea mai mare parte a oamenilor se întorc acasă pentru a servi masa împreună cu familia. Alţii se îndreaptă spre cafenele, cantine sau restaurante, cei mai norocoşi. Masa este un act important al vieţii, ea în sine este o adevărată instituţie.

Arta de a trăi trece negreşit prin arta mesei. De aceea îi rezervăm timp şi nu ezităm să cheltuim bani pentru ea.

PARADOXUL FRANCEZ

Pe 17 noiembrie 1991, cea mai celebră emisiune de televiziune americană, «Sixty minutes», consacra 20 de minute unui reportaj intitulat «Paradoxul francez». Se arăta că francezii, care petrec o mare parte din timpul lor la masă, care mănâncă cu 30 % mai multe grăsimi ca americanii, care nu fac exerciţii fizice şi beau de 10 ori mai mult vin, sunt mai sănătoşi decât americanii. Curba greutăţii lor medii este cea mai lină din toate ţările occidentale şi riscul de mortalitate cauzată de afecţiuni cardio-vasculare este cel mai scăzut din lume, după Japonia.

Emisiunea CBS-ului furniza şi observaţiile Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, apărute în cadrul unui mare studiu epidemiologic numit « Monica ». Cum au reuşit francezii să reducă de trei ori riscurile cardio-vasculare în raport cu americanii, deşi fac contrariul celor recomandate peste tot în SUA, în termeni de prevenire? Oamenii de ştiinţă, încremeniţi, au trebuit să recunoască faptul că găsiseră mai multe explicaţii:

- francezii îşi fac timp pentru a manca;
- iau trei mese pe zi;
- servesc mese structurate (trei feluri, a căror compoziţie diferă);
- mănâncă mai multe legume şi fructe, deci mai multe fibre şi vitamine;
- consumă grăsimi bune (ulei de măsline, de floarea soarelui, grăsime de gâscă, de raţă şi de peşte);

- beau vin, roşu mai ales şi asta în mod regulat.

De la lansarea conceptului de « paradox francez », care a declanşat o mărire a consumului de vin şi ficat de gâscă (foie gras) în SUA, studiile au evoluat. Ele dezvăluie astăzi că modul de alimentare ideal, care ar trebui luat drept model este cel care a fost întotdeauna în vigoare în toată zona mediteraneană şi din care cea mai mare parte a sudului Franţei s-a inspirat

Se poate spune că, văzând aceste observaţii internaţionale, ar trebui să facem « cucurigu » fără a ne schimba obiceiurile alimentare? Situaţia franceză e cu siguranţă satisfăcătoare dacă o comparăm cu cea a americanilor care este dramatică. Dar asta nu înseamnă că ea nu s-a degradat considerabil de câţiva ani încoace.

UN MODEL AMENINŢAT

Statisticile ne arată într-adevăr că greutatea medie a copiilor s-a mărit semnificativ în ultimii ani. În 20 de ani (1980-2000), procentul de obezi din rândul copiilor de 10 ani a trecut de la 5 la 13 %, o creştere de 260 %.

Un sondaj făcut de curând în rândul tinerilor recruţi din armată relevă că 25 % dintre ei aveau de pe acum nivelul colesterolului prea ridicat deşi doar 5 % împliniseră 20 ani.

Paradoxul francez nu se mai verifică deci pentru generaţia tânără. Şi asta din cauză că este singura care pentru moment şi-a renegat originile şi şi-a schimbat complet obiceiurile alimentare, adoptând fără rezerve, sub presiunea mesajelor publicitare, modelul alimentar nord-american, în care cola şi hamburgerul sunt în vârf.

La adulţi, obiceiurile alimentare s-au păstrat mai bine căci ele îşi au rădăcinile în tradiţie. Au cunoscut totuşi o degradare lentă şi incontestabilă datorită modificării modului de viaţă, suprastandardizării industriei agroalimentare şi impactului mesajelor publicitare.

Însă, analizând componentele acestui mod de alimentare modern, remarcăm că este de aceeaşi natură ca şi bucătăria Americii, adică hiperglicemiant. Alimentele care se află acum pe mesele contemporanilor noştri sunt în principal:

- **făina albă**, cu toate derivatele ei (pâine albă, sandwichuri, hot dog, pizza, biscuiţi, prăjituri, crackers, paste albe, cereale rafinate...);
- **zahărul**, în substituiţi ai sucurilor de fructe şi alte băuturi carbogazoase, dar şi în dulciuri diverse şi mai ales în batoanele care « taie foamea »;
- **cartofii**, mai ales în formele lor cele mai perverse: prăjiţi, chips-uri sau gratinaţi;
- **orezul alb occidental**, care antrenează o glicemie cu atât mai mare cu cât este gătit în apă multă, care este apoi aruncată cu grijă;
- **aditivii alimentari** şi alţi conservanţi, stabilizatori, gelifianţi, compuşi ai glucozei, sirop de grâu sau de porumb, amidonuri modificate, maltodextrine şi alte feculente pe care le regăsim de acum sistematic în toate alimentele industriale;

Altădată, mâncam legumele din grădină, fie doar şi în supă. Astfel, aportul corespunzător de fibre era în medie de 30 g pe zi de persoană. Astăzi, consumul zilnic de fibre este de 17 g, el trebuind să fie de cel puţin 30-40 g.

Acestea fiind zise, să revenim la subiect.

Metoda M., după cum vom vedea, va permite realizarea unei bune gestionări a echilibrului ponderal. Ea nu este totuşi canalizată doar pe slăbire ci îşi propune şi alte obiective:

- asigurarea unei preveniri cardio-vasculare eficiente;
- redarea vitalităţii maxime;
- reintegrarea alimentaţiei într-un context care n-ar fi trebuit să fie părăsit niciodată, adică convivial şi gastronomic. A mânca trebuie să rămână în primul rând o plăcere care se împărtăşeşte!

ADOPTAREA BUNELOR OBICEIURI ALIMENTARE

Metoda pe care v-o propun e simplă. Ea va consta întâi în a vă recentra obişnuinţele alimentare în raport cu IG.

Am înţeles, în capitolul precedent, că dacă avem tendinţa de îngrăşare, este pentru că pancreasul nostru e într-o stare proastă şi secretă o cantitate excesivă de insulină. Toată strategia alimentară pe care o vom pune la punct va consta, pe de o parte în a evita alimentele cu IG ridicat şi pe de altă parte de a le favoriza pe cele al căror indice glicemic este scăzut, precum şi de a alege bine grăsimile, căci unele pot contribui la scăderea în greutate.

Încă o dată atenţionez cititorii: este absolut indispensabil să citiţi şi să înţelegeţi capitolele precedente pentru a va folosi de principiile Metodei.

Mulţi dintre voi şi-au văzut silueta deformându-se din cauza urmării unor regimuri hipocalorice care erau foarte restrictive şi limitate ca durată. Cu un regim hipocaloric, se pun la loc toate kilogramele pierdute, atunci când reîncepeţi să mâncaţi ca înainte; se pot lua şi mai multe, cum am văzut, din cauza modificării randamentului metabolic pe care l-a îndurat organismul.

Cu metoda pe care o propun, nu este vorba de a vă abţine pentru o scurtă perioadă de timp, adoptând un regim alimentar marginal pentru a reveni apoi la vechile obiceiuri. În măsura în care nu sunt restricţii legate de cantitate, veţi fi îndrumaţi să adoptaţi noi principii din care veţi păstra multe aspecte pentru totdeauna.

Kilogramele în plus de care va plângeţi vin din proastele voastre obiceiuri alimentare şi mai ales din consumul mărit de glucide rele şi grăsimi rele. Noul mod alimentar pe care îl veţi adopta va fi neapărat mai variat, mai armonios şi mai ales mai echilibrat. Nu va exista deci nici un motiv, când veţi obţine rezultatele scontate, să reveniţi la alimentaţia dezordonată pe care o aveaţi înainte.

Trecerea de la alimentele din coloana stângă la cele din coloana dreaptă a tabelului IG ar trebui să fie suficientă pentru a obţine o scădere substanţială în greutate. În acest caz, va fi nevoie de timp, probabil mai multe luni. Pentru a « merge » mai repede şi mai ales pentru a permite pancreasului să-şi refacă « sănătatea », vor putea fi luate măsuri mai selective într-o prima etapă. Metoda se va împărţi deci în două faze :

- faza I, care este perioada de pierdere rapidă a kilogramelor şi de reînnoire, în termeni de

vitalitate;
- faza a II-a, care este perioada de « croazieră » pe care o vom prelungi la nesfârşit.

FAZA I

Ea va dura în funcţie de fiecare individ în parte şi de obiectivul propus, de la una la mai multe luni. Este timpul necesar pentru a se schimba obiceiurile alimentare: renunţaţi la cele rele şi adoptaţi-le pe cele bune (alegerea glucidelor şi grăsimilor « bune »). Organismul se va « dezintoxica » şi anumite funcţii metabolice (secreţia pancreatică) se vor normaliza. Această fază este uşor de suportat, căci ea nu presupune nici o restricţie legată de cantitate. Pentru vechii « abonaţi » ai regimurilor hipocalorice, va fi chiar o bucurie, căci vor putea slăbi în sfârşit reîncepând să mănânce.

Faza I este în schimb selectivă în sensul că anumite alimente vor fi excluse (glucide rele) sau consumate într-un anumit fel într-un anumit moment al zilei.

Această fază este uşor de ţinut, mai ales dacă mâncăm în oraş. Mesele în oraş vor fi variate şi alimentaţia va fi echilibrată, bogată în proteine, fibre, vitamine, săruri minerale şi oligoelemente. La modul general, faza I nu provoacă nici o frustrare, căci cel ce mănâncă după poftă evită riscul crizei bulimice compensatoare. Va fi fericit să constate, în fiecare zi, beneficiile noului său mod alimentar.

Dar înainte de a dezvălui amănuntele acestei faze, este important să trecem în revistă câteva puncte generale, care nu sunt mai puţin fundamentale.

TREI MESE PE ZI

Regula care constă în respectarea celor trei mese pe zi ar putea părea prea simplă pentru a mai fi menţionată. Ea are totuşi cea mai mare importanţă. Implică faptul că nu trebuie sărită niciodată o masă şi că trebuie evitată ronţăiala a la americani.

Cei care se aventurează să sară mesele, mai ales prânzul, sunt cei care se tem cel mai mult să nu se îngraşe:

« Vii sa mâncam? întreabă o secretară pe colega sa de birou.

- Nu, răspunde cea din urmă, în seara asta iau cina la nişte prieteni şi înţelegi, preventiv, pentru că silueta mea…»

Iată ilustrarea unei erori colosale, comisă zilnic. Vă amintiţi de cele discutate în capitolul privind regimurile hipocalorice: cel mai bun mijloc de a te îngrăşa este să nu mănânci!

Dacă săriţi o masă, organismul este în lipsă, se revoltă, se găseşte deci în defensivă cu masa următoare şi profită în mod deliberat să-şi facă rezerve. Aceste rezerve sunt de altfel cu atât mai substanţiale cu cât masa e mai bogată.

IERARHIA CELOR TREI MESE

Când ne trezim dimineaţa, stomacul este teoretic gol de aproape zece ore. Micul dejun, prima masă a zilei, ar trebui să fie deci copios. Era mai bine altădată. Astăzi, micul dejun este cel mai neglijat. Cel mult, se rezumă la o simplă ceaşcă de cafea sau ceai, băută fără cel mai mic aport de aliment solid. Această practică este bineînţeles catastrofală în plan metabolic. Unii obiectează: « Dar dimineaţa, în afară de faptul ca nu avem timp, adevărata problemă este că nu ne e foame ». Răspunsul e simplu: dacă nu vă este foame dimineaţa este pentru că mâncaţi prea mult seara. Este puţin ca un cerc vicios. Trebuie deci să « reactivaţi pompa » de câteva ori, uşurând considerabil masa de seară.

Prânzul trebuie să fie normal, cel puţin îndeajuns de copios pentru a relaţiona corespunzător cu micul dejun.

În ceea ce priveşte cina, ar trebui să fie cât se poate de uşoară. Sau în orice caz cât mai îndepărtată de ora de culcare. Pentru că noaptea organismul îşi reface rezervele. Mai simplu spus, un anumit aliment mâncat seara va fi mai « greu » decât dacă ar fi fost mâncat dimineaţa sau la prânz.

Vom reveni succesiv asupra celor trei etape nutriţionale ale zilei, precizând de fiecare dată ceea ce trebuie făcut, sau evitat.

Aţi remarcat că, din nefericire cea mai mare parte a contemporanilor noştri procedează exact pe dos. Condiţiile vieţii moderne ne-au condus, în realitate, la ierarhizarea celor trei etape în mod invers celui normal:

- micul dejun este inexistent, sau cât mai uşor posibil;
- prânzul este normal, chiar lejer, adesea;
- cina este întotdeauna prea importantă.

Argumentele evocate în general pentru a justifica această regretabilă practică sunt că:

- dimineaţa nu ne este foame şi nu avem timp (deja am văzut);
- la prânz, prioritatea este munca, cu excepţia meselor în interes profesional;
- seara este singurul moment de destindere, când se reuneşte întreaga familie şi ocazia de a ne aşeza pe masă bucate gustoase, mai mult decât este necesar pentru a ne potoli foamea.

O jurnalistă de televiziune, fiind întrebată cum a acceptat să prezinte o emisiune matinală, care presupunea trezirea la ora 4, a răspuns: « A trebuit pur şi simplu să îmi schimb obiceiurile! ». Este singurul lucru, după cum v-am mai spus, pe care vă invit să-l faceţi. Milioane de persoane ca voi l-au făcut deja, deci nu este nici un motiv pentru care să nu reuşiţi şi voi. Veţi reuşi dacă vă doriţi cu adevărat. Reuşita voastră va fi pe măsura determinării voastre.

MICUL DEJUN

După cum am precizat, el trebuie sa fie copios. Dat fiind că va fi prima etapă a noului vostru stil de viaţă, trebuie să-i dedicaţi timpul necesar.

Treziţi-vă cu un sfert de oră sau douăzeci de minute mai devreme. Va fi cu atât mai uşor cu cât somnul vostru va fi foarte sensibil ameliorat de punerea în practică a ansamblului nostru de recomandări, mai ales cele privind organizarea meselor de seară.

MAI ÎNTÂI VITAMINELE

Cum nivelul vitaminelor este, pentru mulţi dintre voi, aproape de cota de alertă iar pentru alţii doar o veche amintire, va trebui să vă refaceţi rezervele.

Trebuie ştiut că absenţa sau cel puţin insuficienţa vitaminelor are o responsabilitate importantă în ceea ce priveşte oboseala. Se întâmplă mai ales în cazul vitaminelor din grupa B şi vitaminei C.

Unii ar putea crede că e suficient să le caute acolo unde sunt, adică în farmacii. Dacă acest lucru este necesar, îl vom face, dar numai dacă nu există o soluţie naturală şi asta din diverse motive.

Mai întâi, din cauza unui principiu: dacă ne mulţumim să acceptăm ideea conform căreia alimentaţia modernă este lipsită de nutrimentele esenţiale şi că este suficient, pentru a echilibra balanţa, să recurgem la produse de sinteză ale industriei farmaceutice, noi nu vom contribui la rezolvarea problemei dramatice a epocii noastre, în care industria agroalimentară nu se preocupă absolut deloc de conţinutul nutriţional al produselor sale. Dacă mâine aerul este poluat până la punctul la care devine irespirabil, va fi probabil posibil să sfătuim pe fiecare să poarte mască de oxigen, sau chiar să-l invităm să cumpere regulat doze de oxigen, cum se procedează deja în Japonia.

Ar fi totuşi mai simplu să suprimăm poluarea, dar pe de o parte asta ar fi puţin prea « ecologic » şi pe de altă parte mai multe pieţe potenţiale ar putea astfel scăpa de mai multe rele. Ar fi totuşi păcat.

Oricum, oricare ar fi dozajul, vitaminele de sinteză sunt mai puţin asimilate decât vitaminele prezente într-un aliment, pentru că există în produsele naturale şi alte substanţe pe care le cunoaştem prea puţin şi care au ca efect de potenţializare a absorbţiei lor.

Pentru a avea doza zilnică de vitamina B, e suficient să consumăm drojdie de bere uscată, care este un produs natural. Îl găsim mai peste tot: în marile magazine, în farmacii sau în magazinele specializate. Ar trebui deci făcută o cură de drojdie timp de o lună, toată faza I, plus o lună în a doua fază.

După cum am zis, această doză importantă de vitamina B ar trebui să contribuie nu doar la reducerea oboselii ci ar da rezultate rapide în privinţa rezistenţei unghiilor şi a frumuseţii părului. Mai mult, drojdia conţine crom, care contribuie la corectarea hiperinsulinismului.

FRUCTE ŞI VITAMINA C

Prin ingerarea unui suc de fructe proaspete (lămâie, grape-fruit sau portocală), vom putea începe micul dejun. Vom putea mânca un fruct, kiwi fiind cel mai indicat căci conţine de 5 ori mai multă vitamina C decât portocala, într-un volum mai mic.

Dacă fructul este stors, trebuie să-l bem imediat, căci orice întârziere degajează o degradare considerabilă a vitaminelor. A bea un suc de fructe din comerţ este o prostie, căci chiar dacă este « numai fruct », de mult timp nu mai conţine aproape nici o vitamină.

Drept urmare, trebuie să notăm că, oricare ar fi fructul ales pentru micul dejun, trebuie neapărat să-l mâncăm înainte de orice alt lucru, adică pe stomacul gol.

Fructul, contrar tradiţiilor, nu ar trebui consumat la finalul meselor, căci este un aliment al cărui proces digestiv este scurt (de ordinul unui sfert de oră). Atunci când mâncăm un fruct, el trece în stomac dar nu rămâne acolo, pentru că n-are nimic de făcut. Ajunge astfel repede în intestinul subţire, unde este digerat şi absorbit. Dacă un fruct este mâncat la sfârşitul mesei, el ajunge într-un stomac al cărui pilor este închis din cauza ingerării alimentelor (carne, peşte, grăsimi..), a căror digestie necesită două-trei ore. Fructul va fi astfel prizonier într-un mediu cald şi umed, care îl va face să fermenteze, perturbând procesul digestiv al celorlalte alimente şi pierzând de asemenea vitaminele esenţiale.

Da aceea, în afara faptului că trebuie să renunţăm la obiceiul de a mânca fructe la sfârşitul meselor, este necesar să începem de la micul dejun. Recomandarea noastră este chiar de a aştepta un sfert de oră până la douăzeci de minute după ingestia fructului, pentru a permite acestuia să ajungă în intestinul subţire şi astfel de a nu risca să fie blocat de un alt aliment.

În privinţa fructelor preparate, restricţia nu este aceeaşi, căci ele nu vor risca să fermenteze. Vom fi învăţaţi să avem o toleranţă mai mare în ceea ce le priveşte.

Contrar celor ce ar putea crede unele persoane, a mânca fructe la micul dejun nu are nici o influenţă asupra scăderii în greutate. Acest obicei este pur şi simplu recomandat pentru confortul digestiv.

DIVERSE MODELE DE MIC DEJUN

Obiectivul principal al fazei I este evident pierderea kilogramelor în exces. Dar unul din celelalte scopuri urmărite este de a da pancreasului şansa de a regăsi funcţionarea normală.

După cum am văzut în capitolele precedente, el a fost de fapt solicitat anormal pentru a produce insulină din cauza consumului excesiv de alimente hiperglicemiante. S-a putut demonstra că un mic dejun compus din pâine albă, zahăr, miere sau dulceaţă, era la originea oboselii (scăderii de tonus) de la sfârşitul dimineţii. Sărmanul pancreas care a fost maltratat atâţia ani are nevoie uneori să-şi refacă sănătatea pentru a scăpa de această hipersensibilitate, responsabilă de tendinţele sale hiperinsulinice. Îl vom solicita deci mai puţin, pentru a-l lăsa să-şi regăsească funcţiile normale. Toate formulele pentru mic dejun pe care le vom propune vor respecta deci acest principiu.

MICUL DEJUN GLUCIDIC

Trebuie sa fie preferat cât mai des posibil şi mai ales când suntem acasă. Va fi compus, fără restricţii cantitative, la alegere sau în totalitate din :

- **glucide bune:**
  - pâine integrală;
  - cereale complete fără zahăr;
  - gem de fructe fără zahăr.

• **lactate:**
- brânză de vaci 0 % grăsimi sau iaurt slab.

• **băuturi:**
- lapte degresat;
- cafea decofeinizată;
- ceai uşor;
- cicoare;
- lapte de soia.

Din acest mic dejun, toate grăsimile (unt, margarină) sau lactatele integrale vor fi excluse.

Glucidele bune

• Pâinea integrală

După cum vă sfătuiam, nu se consumă pâine (fără excepţie) în timpul celorlalte două mese; este preferabil, pentru un bun echilibru alimentar, ca ea să se mănânce fără restricţii la micul dejun.

Anumite tipuri de pâine, însă nu oricare. Mai întâi trebuie pâine integrală, adică fabricată cu făină care conţine integral componentele bobului de grâu.

Nu o confundaţi cu pâinea completă, a cărui denumire este ambiguă, deoarece făina din care este făcută nu este destul de « completă » cum se pretinde: ea cuprinde cea mai mare parte a componentelor bobului de grâu, dar o anumită cantitate din ele a fost din nefericire eliminată şi e greu de ştiut în ce proporţie. Anumiţi brutari adaugă chiar făină albă în pâinea lor completă, fie pentru a o face mai aspectuoasă (creşte mai mult), fie pentru a uşura fabricarea ei. Astfel, este greu de găsit o adevărată pâine completă, făcută exclusiv din fainã completă.

În ceea ce priveşte pâinea din tărâţe, e pur şi simplu o pâine pe bază de făină albă în care brutarul pune tărâţe[17]. În ce proporţie? Asta e problema, că profesionistul este tentat să nu pună prea multe tărâţe. Nu pentru că ar fi prea scump, ci pentru că aluatul este mai greu de lucrat. O pâine din tărâţe ce conţine cel puţin 20 % din acest ingredient poate fi bună, dar dacă ea conţine şi fibrele necesare pentru a scădea glicemia, îi va lipsi totuşi integralitatea vitaminelor şi sărurilor minerale. Dacă nu găsiţi pâine integrală adevărată la brutărie, ceea ce n-ar fi surprinzător căci încă este rară, veţi putea eventual să o găsiţi la un magazin cu produse dietetice, proaspete sau prăjite (pâine Montignac)[18]. O puteţi însă înlocui şi cu crackers de tip Wasa fibre sau chiar cu pâine neagră (pumpernickel).

[17] precizăm aici că tărâţele ar trebui să fie obligatoriu de origine biologică, lucru rar întâlnit în brutării. Tărâţele obişnuite sunt de fapt un concentrat de pesticide, insecticide şi erbicide.

[18] Puteţi obţine lista magazinelor ce comercializează produsele Montignac ca şi cea a fabricanţilor de pâine prăjită integrală adresându-vă serviciului consumatorilor de Naturgie, (B.P. 250, 92602 Asnières Cedex. Tél. : 01 47 93 59 59) sau pe site-ul Internet www.michelmontignac.tm.fr

Ce vom pune pe această pâine integrală? În funcţie de gusturi, sunt mai multe opţiuni. Vom putea pune branză de vaci cu 0 % grăsimi sau gem fără zahăr, sau chiar un amestec al celor două.

Gemul fără zahăr nu are nici o legătură cu dulceaţa cu slab conţinut de zahăr în care nu trebuie să aveţi încredere, deoarece în cel mai bun caz nu este diminuat conţinutul de zahăr decât cu 10 până la 15 %. Adică, în loc să conţină 55 %, ea conţine doar 45 %.

Gemul fără zahăr însă, conţine 100 % fructe (fierte natural în sucul lor), 0 % zahăr adăugat şi pectină (fibră solubilă). Îl puteţi deasemenea cumpăra prin poştă sau din magazinele specializate.

Dar atenţie, dacă optăm pentru brânză de vaci (cu sau fără gem), este imperativ ca această brânză să aibă 0 % materii grase (MG).

• Cerealele

În limbajul curent, « cerealele pentru micul dejun », mai ales cele pentru copii, sunt compuse mai ales din fulgi de porumb (corn fIakes) şi din orez expandat. Dacă întâmplător am uitat nobila lor origine americană, să ne amintim că aceste produse sunt pline de zahăr, caramelizate atunci când nu li se adaugă miere, sau chiar ciocolată. Toate sunt, firesc, interzise în această fază de slăbire.

Cerealele pe care le recomandăm, care se prezintă în fulgi, sunt bineînţeles cerealele complete, provenite din culturi biologice. Ele nu au nici un adaos de zahăr sau caramel.

Muesli, care conţin nuci, alune, migdale şi fructe uscate pot fi bune dacă nu aveţi de pierdut decât câteva kilograme. Pentru cele care vor să slăbească mult (peste 10 kg) este preferabil să aştepte faza II, pentru a avea reale şanse de partea lor pentru a se debarasa de ele mai rapid.

Pentru a fi digeraţi, fulgii de cereale şi muesli vor trebui mestecaţi încet şi impregnaţi bine cu salivă. Ideal este, să fie prepararate în momentul folosirii cu un aparat adecvat. Practic, atunci când cereala este proaspăt zdrobită sau măcinată putem lua din ea maximum de vitamine.

Lactatele

Ele constituie un aport de proteine şi de calciu. Fulgii de cereale şi muesli pot fi amestecaţi cu brânză de vaci cu 0 % materii grase, sau cu iaurt, precum şi cu lapte cald sau rece (degresat bineînţeles).

Băuturile

La fel cum trebuie să mâncăm la micul dejun, este important să bem multe lichide. Organismul trebuie rehidratat la maximum la trezire.

• Cafeaua

Este recomandabil (măcar în faza I) să vă dezobişnuiţi de cofeină, căci la unele persoane sensibile, ea are ca efect stimularea secreţiei de insulină atunci când pancreasul este într-o stare

proastă. Unii autori îi atribuie totuşi proprietatea de a ajuta la topirea grăsimilor, mărind uşor cheltuielile energetice (termogeneza).

Se spun multe lucruri despre cafeaua decofeinizată şi uneori lucruri contradictorii. Să profităm de ocazie pentru a puncta câteva aspecte.

E adevărat că altadată procedeul industrial de decofeinizare făcea bautura mai toxică decât chiar cofeina. Acest lucru nu se mai întamplă însă şi astăzi. Putem deci bea, dar în cantităţi rezonabile, cafea decofeinizată, cu atât mai mult cu cât a devenit mai bună, cel puţin în Franţa, unde se găseşte acum, la filtru, în toate cafenelele şi barurile.

Dacă vă place cafeaua cu lapte şi dacă o toleraţi bine, nu este nevoie să renunţaţi la ea. A spune că este o otravă este o afirmaţie gratuită, ceea ce nu înseamnă decât că pentru anumite persoane este nerecomandată. Totul este o problemă de sensibilitate individuală. Uneori o deficienţă enzimatică este la originea digestiei proaste a laptelui şi în plus a amestecului cafea-lapte, în care cafeaua a modificat structura laptelui.

- **Ceaiul**

Chiar dacă el conţine puţină cofeină, îl putem lua ca atare, cu condiţia să nu fie prea concentrat.

Ceaiul are proprietăţi diuretice interesante şi unii asiatici afirmă că anumite ceaiuri chinezeşti contribuie la slăbire, dar acest lucru nu a fost demonstrat ştiinţific.

- **Laptele**

Va trebui să-l alegeţi pe cel degresat, căci laptele integral este prea bogat în grăsimi saturate.

Preferabil este să-l alegeţi pe cel praf, căci se va putea obţine o onctuozitate mai mare adăugând cea mai redusă cantitate de apă.

Ajutorul provizoriu al edulcoranţilor

Este destul de clar că zahărul alb trebuie înlăturat pentru totdeauna, mai ales la micul dejun. Dar, în spatele zahărului, este gustul zahărului şi tocmai de acesta va trebui să va dezobişnuiţi progresiv. Trebuie deci, dacă nu să vă dezintoxicaţi, cel puţin să vă dezobişnuiţi de zahăr, formându-vă obiceiul de a îndulci mai puţin.

Cineva a spus într-o zi : « Când nu punem zahăr în cafea, are un gust mai rău.». Totuşi, toţi cei care au renunţat la adăugarea zahărului în cafea nu ar reveni pentru nimic în lume la vechile obiceiuri.

Pentru a diminua consumul de zahăr, veţi putea utiliza în mod excepţional edulcoranţi de sinteză precum aspartamul. S-au spus multe lucruri despre aspartam care este, la rândul său, o mare controversă. Miza economică a acestui produs fiind considerabilă, detractorii săi (producătorii de zahăr), ca şi partizanii (laboratoarele care îl fabrică) au rivalizat în studii pentru a încerca să demonstreze nocivitatea lui, sau contrariul. Chiar dacă s-a adeverit că nu este toxic, nimic nu dovedeşte că nu poate deveni după un consum prelungit timp de mai mulţi ani. De

fapt este aceiaşi problemă ca la toţi aditivii chimici alimentari. Cine poate spune care vor fi efectele lor pe termen lung asupra organismului?

Recomandarea noastră va fi deci de a-l folosi provizoriu (dacă este nevoie), cu mare zgârcenie. Edulcorantul va trebui să folosească doar la traversarea acestei etape de tranziţie şi progresiv trebuie redus, dacă nu chiar abandonat. Studii, franceze şi americane, tind să arate că dacă aspartamul nu este toxic el însuşi, ar avea tendinţa, în final, de a destabiliza metabolismul, perturbând glicemia la masa următoare. Folosit în timpul unei mese, el nu va modifica glicemia, neantrenând riscul de secreţie de insulină. În schimb, dacă masa următoare ar conţine glucide, curba glicemiei ar risca să se mărească anormal, chiar cu glucide cu indice glicemic mic. În faza I, riscul va fi totuşi puţin mai mic, în măsura în care mesele sunt fie proteino-lipidice, fie protido-glucidice. În faza a II-a, pericolul va fi poate mai mare, dar vom reveni asupra acestui subiect. Iată un motiv în plus să profitaţi de faza I pentru a vă dezobişnui de gustul zahărului.

Cât priveşte fructoza, ale cărei merite au fost lăudate pentru că nu este cancerigenă şi că IG-ul său este mic, ea este recomandată pentru prepararea deserturilor. A fost totuşi acuzată că ar favoriza mărirea concentraţiei trigliceridelor. În realitate, nu se întâmplă decât la cei care au probleme serioase în această privinţă şi care ar consuma mai mult de 100 g pe zi, ceea ce este mult. Urmând principiile Metodei (cum vom vedea ulterior), ce au ca efect scăderea trigliceridelor în mod semnificativ, veţi putea folosi fructoza rezonabil la prepararea dulciurilor.

MIC DEJUN GLUCIDIC

Recomandat	Tolerat	Interzis
Suc de fructe proaspăt	Pâine completă	Pâine albă
Un fruct (de mâncat cu 15 minute înainte)	Pâine cu tărâţe	Pesmeţi
	Muesli	Croissant
Pâine integrală	Pâine neagră germană	Brioşe
Wasa fibre	Pâine prăjită suedeză	Pâine cu lapte
Cereale brute fără zahăr	Gem fără zahăr	Pâine cu ciocolată
Gem fără zahăr	Compot fără zahăr	Madeline
Brânză de vaci 0 % MG	Lapte degresat lichid	Dulceaţă
Iaurt 0 % MG	Ceai	Miere
Lapte praf degresat	Cafea + cicoare	Brânză de vaci completă
Cafea decofeinizată	Ciocolată	Lapte integral sau semi-degresat
		Cafea normală

MICUL DEJUN PROTIDO-LIPIDIC SĂRAT

Altă variantă a micului dejun: formula care constă în consumul de carne, de mezeluri, de ouă, de brânză, etc. Este pe alocuri micul dejun anglo-saxon, având totuşi o diferenţă importantă: exclude complet prezenţa glucidelor, chiar şi celor bune (fără pâine).

MIC DEJUN PROTIDO-LIPIDIC

Recomandat	Tolerat	Interzis
Ouă prăjite Ouă tari Ouă ochiuri Omletă Bacon Cârnăciori (chipolatas) Jambon de casă Jambon alb Brânzeturi Somon afumat Lapte degresat sau semidegresat Cafea decofeinizată Ceai	Suc de fructe (de băut cu 15 minute înainte) Lapte integral Cafea + cicoare	Pâine albă Pâine integrală Pesmeţi Croissant Pâine cu lapte Pâine cu ciocolată Madeline Dulceaţă Miere Cereale Cafea normală Ciocolată Fructe

O menţiune importantă: acest mic dejun presupunând o cantitate mare de grăsimi saturate, este imperativ ca cei care au hipercolesterolemie să îl excludă din start.

Dacă adoptaţi acest model de mic dejun, este preferabil să luaţi un prânz fără lipide, centrat pe glucide bune şi să mâncaţi fructele la gustare.

Este de fapt tipul de mic dejun pe care il puteţi obţine cel mai uşor când sunteţi la hotel, căci tradiţionalul bufet de dimineaţa oferă în general o largă paletă de posibilităţi.

În ceea ce priveşte băuturile, recomandările sunt exact aceleaşi ca şi cele conţinute în formula glucidică.

Acest mic dejun trebuie totuşi să rămână excepţional. Căci dimineaţa, pe stomacul gol, organismul are nevoie să reconstituie rezervele de glucoză (glicogen hepatic şi muscular).

MIC DEJUN DIN FRUCTE

Un mic dejun în totalitate din fructe este posibil, de exemplu, când sunteţi în vacanţă într-o ţară exotică. Dar adăugaţi cel puţin un lactat degresat (lapte, brânză de vaci, iaurt) pentru a avea un aport suficient de proteine şi calciu.

MIC DEJUN DIN FRUCTE

Recomandat	Tolerat	Interzis
Portocale Mandarine Grapefruit Kiwi Mere Pere Mango Fragi Zmeură	Struguri Cireşe Alune Prune Curmale Fructe deshidratate Banane verzi Migdale	Banane coapte Salate de fructe din conservă Fructe conservate

Mure Smochine Caise Nectarine Prune		

GUSTĂRILE

Dacă aveţi obiceiul să ronţăiţi câte ceva la sfârşitul dimineţii, este probabil din cauză că faceţi o uşoară hipoglicemie. Punerea în practică a recomandărilor acestui capitol, care vă vor conduce mai ales la adoptarea unui mic dejun mai puţin hiperglicemiant, ar trebui să vă permită rapid dispariţia aceastei nevoi şi de a stăpâni mica foame de la ora 11.

În ipoteza în care doriţi totuşi să mâncaţi ceva cu ocazia unei pauze, ceea ce poate fi o obişnuinţă profesională, profitaţi pentru a mânca un fruct. Un măr, de exemplu, dacă nu preferaţi să mancaţii câteva migdale sau alune (care sunt foarte bogate în vitamine).

Vă puteţi de asemenea alege o bucăţică de brânză (slabă dacă este posibil). Există acum porţii mici de brânzeturi ambalate individual care sunt uşor de transportat, fără a degaja mirosuri neplăcute. Un ou fiert tare este de asemenea recomandat.

PRĂNZUL

Prânzul trebuie de asemenea să respecte unul din obiectivele fundamentale urmărite în faza I, şi anume acela de a nu solicita prea tare pancreasul.

Ca şi micul dejun, el nu este limitat cantitativ. Va trebui totuşi să fie suficient pentru a putea da senzaţia de saţietate. Va cuprinde, în general:

- un antreu;
- un fel principal însoţit de glucide foarte bune (cu un IG foarte scăzut, de exemplu legume verzi);
- brânză sau un iaurt.

Va fi consumat fără pâine.

ANTREUL

Va putea fi constituit din crudităţi, carne, peşte, ouă, scoici sau crustacee.

Crudităţile

Este de departe tipul de antreu care trebuie întotdeauna preferat. Crudităţile conţin în general o importantă cantitate de fibre, care asigură o buna funcţionare a stomacului. Ele conţin pe de altă parte săruri minerale şi vitamine, care vor fi cu atât mai bine asimilate cu cât alimentul nu este gătit. Dintre ele, putem recomanda:

- roşii;
- castraveţi;

- ţelină;
- ciuperci de cultură;
- fasole verde;
- praz;
- inimă de palmier;
- varză (roşie sau albă);
- conopidă;
- avocado**;**
- brocoli;
- anghinare;
- castraveciori cornişon;
- ridichii;
- morcovi raşi;
- dar şi toate salatele :
    - lăptuci,
    - andive,
    - salata mâche,
    - păpădie,
    - salata scarole,
    - creson.

Cruditățile vor putea fi asezonate cu un sos vinegretă normal, adică făcut cu oţet, ulei, sare şi piper şi eventual puţin muştar. În măsura posibilului, va trebui să daţi prioritate uleiului de măsline, care asigură o bună prevenire a bolilor cardio-vasculare.

Ţelina va putea fi preparată în sos remoulade, adică un sos de maioneză. În acelaşi fel, se va putea adăuga castraveţilor fie puţină smântână proaspătă degresată, fie ceea ce e mai de preferat, brânză de vaci cu 0 % MG. Bineînţeles, nu va trebui să consumăm maioneză şi vinegrete gata preparate, care conţin zahăr şi alţi aditivi nedoriţi, ca amidonul şi diverse făine suspecte.

Printre salatele compuse, sunt ingrediente pe care le întâlnim adeseori la restaurant sau la bufet şi de care va trebui să uitam în timpul fazei I:
- cartofii;
- orezul;
- porumbul;
- grişul sau bulgurul[19].

Vor putea fi acceptate în salate: nucile, alunele şi mugurii de pin .

Vor trebui în schimb refuzate categoric crutoanele şi pâinea prăjită.

Peştele, scoicile şi crustaceele

[19] **Bulgur** = grâu măcinat mare, râşnit sau pisat; crupe de grâu; mâncare gătită din acest grâu

Folosiţi şi abuzaţi de peşte de fiecare dată când vi se iveşte ocazia. Aţi înţeles că, cu cât peştele e mai gras (sardine, hering, scrumbie, somon sălbatic) cu atât mai mult va contribui la scăderea concentraţiei trigliceridelor şi la protejarea sistemului cardio-vascular. A fost de altfel demonstrat că grăsimile conţinute în peşte contribuie la scăderea în greutate mărind cheltuiala energetică (termogeneza).

Nu vă privaţi deci de somon, mai ales cel marinat în ulei de măsline (carpaccio).

Atunci când sunteţi la restaurant, va constitui antreul ideal.

Să ne amintim, din memorie, cea mai mare parte a peştilor, scoicilor sau crustaceelor care pot face obiectul unui antreu:

- sardinele (fripte sau în ulei de măsline, dacă este posibil);
- scrumbiile;
- heringii (evitând bineînţeles nedoriţii cartofi);
- anşoa;
- tonul;
- creveţii;
- scoicile Saint-Jacques;
- gambas şi scampis[20];
- langusta şi homarul;
- crabii;
- caviarul şi toţi substituenţii săi;
- toate celelalte scoici şi alte crustacee, stridii şi langoustine.

Bineînţeles că toate terinele[21] pe bază de peşte vor fi binevenite cu condiţia să fie « de casă », adică să nu fi fost fabricate industrial, ceea ce din păcate este din ce în ce mai des întâlnit. Când sunt fabricate în circuitul industriei alimentare, terinele, ca toate felurile gata preparate, conţin numeroşi aditivi alimentari: lianţi pe bază de făină, de fecule sau amidon, zahăr sub toate formele sale (sirop de glucoză şi alte polidextroze) şi inevitabilul glutamat care pune în evidenţă, artificial gustul.

Obişnuiţi-vă să vă sâcâiţi furnizorii ca să vă spună compoziţia produselor lor. Cu cât vor conştientiza problema cu atât vor fi mai constrânşi să-i dea atenţie.

Mezelurile

Prima recomandare referitoare la mezeluri: reduceţi uşor consumul lor şi înarmaţi-vă cu o anume neîncredere. Mai întâi, pentru că ele conţin o cantitate importantă de grăsimi saturate (variabilă în funcţie de părţile folosite şi modurile de fabricaţie). Apoi, pentru că cele care se găsesc în marile reţele de distribuţie sunt pline de aditivi (nitraţi). Dar mai ales, pentru că deseori sunt făcute cu carne de calitate îndoielnică; în general carne de porc rezultată din mari acumulări.

Limitaţi-vă consumul şi asiguraţi-vă de calitate.

[20] fructe de mare

[21] **Terină =** vas de ceramică pentru diverse preparate culinare; fel de mâncare pregatit în acest vas.

Acum câţiva ani, în familiile tradiţionale franceze care nu tăiaseră complet legăturile cu originile lor rurale, « se tăia porcul ». Acest lucru consta cel mai des în a da pe jumătate cu un ţăran. Se cumpărau doi purceluşi de lapte care se dădeau fermierului. Acesta ii hrănea şi când erau mari, unul dintre ei revenea orăşeanului. Rămânea de făcut ceea ce în bucătăria franceza se numeşte « bucătăria porcului ».

În toate satele din Franţa, veţi găsi informându-vă, adresa unei echipe specializate care va veni la voi acasă sau la casa de vacanţă a prietenilor voştri să vă pregătească porcul şi să vă gătească atent caltaboşi, lebăr, fripturi, cotlete şi jambon, cea mai mare parte gata să fie pusă în congelatorul de acasă.

Va fi cu siguranţă mai ieftin decât dacă ar fi să cumpăraţi de la raionul de mezeluri al supermarketului şi incontestabil mult mai bun din toate punctele de vedere şi mai ales pentru sănătatea voastră şi alor voştri.

Ouăle

Ouăle, atunci când sunt proaspete şi obţinute în urma unei hrăniri tradiţionale a găinii, au un galben arămiu. Ele prezintă un interes nutriţional excepţional, deoarece regăsim în ele numeroase vitamine (A, D, K, E, B8, B9 si B12), a căror calitate depinde de calitatea ouălor.

Ouăle conţin anumite grăsimi saturate, dar ele nu sunt foarte bine asimilate din cauza prezenţei lecitinei. Riscul cardio-vascular va fi deci mai mic în cazul hipercolesterolemiei.

Ouăle pot face obiectul antreurilor: ouă tari, ouă cu maioneză, omlete, ouă ochiuri...

Alte antreuri posibile

După circumstanţe şi imaginaţia fiecăruia, sau măcar a bucătarului şef, mai multe alimente, aparţinând categoriilor mai sus menţionate, vor putea face obiectul amestecurilor armonioase, cum va fi cazul Salatei de Nisa sau Assiette landaise[22].

La restaurant, dacă veţi comanda un antreu ce cuprinde mai multe feluri de alimente, aflaţi exact de la chelner sau de la şeful de sală compoziţia exactă, pentru că dacă nu sunteţi atenţi, veţi putea găsi orez, porumb sau crutoane, amestecate cu restul.

Fiţi atenţi mai ales la faimoasa salată cu şuncă, în care prezenţa acestora din urmă a devenit simbolică în favoarea crutoanelor.

Printre alte antreuri posibile să amintim brânza, care este de obicei Crottin de Chavignol[23] cald pe un pat de salată. Precizaţi că vreţi să vă fie servită fără pâine prăjită.

În privinţa pateului de ficat de gâscă (foaie gras), l-am exclus benevol din rubrica mezelurilor, căci este vorba de un fel excepţional. Acest aliment posedă virtuţi nutriţionale puţin cunoscute. Conţine de fapt o proporţie importantă de grăsimi mononesaturate (acid oleic), care au proprietatea de a proteja sistemul cardio-vascular. Totuşi, pâinea prăjită care îl insoţeşte este interzisă în faza I. Pateul de foie gras va trebui deci mâncat cu salată.

Antreurile interzise

[22] **Assiette landaise** = platou cu specialităţi de file de raţă sau gâscă

[23] **Crottin de Chavignol** = brânză uscată şi tare, de formă rotundă, fabricată în Sancerrois.

Unii ar putea crede că tot ceea ce nu este menţionat este interzis! E fals! căci există o asemenea varietate de produse, că lista noastră n-ar putea fi nicicând exhaustivă. În măsura în care cunoaşteţi regulile de bază ale metodei noastre, vă va fi uşor de aflat dacă un anumit aliment (exotic, de exemplu), care nu figurează pe listă, este acceptat sau nu. În majoritatea cazurilor va fi suficient să judecaţi prin analogie.

La fel se întâmplă şi cu alimentele ce trebuie neapărat excluse din alimentaţia voastră. În stadiul în care vă aflaţi, sunteţi capabili să vă faceţi voi-înşivă inventarul sau să descoperiţi o specie rară parcurgând un meniu sau într-un colţ al farfuriei voastre.

Iată totuşi o listă a câtorva dintre ele :

- buşeuri regale, vol-au-vent şi alte foitaje;
- tarte şi plăcinte englezeşti
- sufleurile pe bază de făină albă;
- paste albe;
- orez alb (mai ales cel glutinos);
- grişul rafinat;
- tot ce este pe bază de cartofi.

FELUL PRINCIPAL

Felul principal al prânzului va fi întotdeauna alcătuit din carne, din pasăre sau din peşte şi ca garnitură, legume care figurează în lista cu glucide foarte bune, adică cele al căror IG este sub 15. Vor fi, deci, în cea mai mare parte, legume verzi conţinând o mare cantitate de fibre sau leguminoase, al căror indice glicemic este mai mic sau egal cu 35.

Carnea

În afară faptului că e bine să luaţi peşte dacă aveţi de ales, selecţionaţi dintre cărnuri pe cele care sunt mai puţin grase, astfel încât să limitaţi la minim consumul grăsimilor saturate. Vita, oaia şi porcul sunt cărnuri mai grase (calul şi viţelul mai puţin). Păsările le sunt deci superioare în această privinţă. De asemenea fileurile de gâscă (magrets) nu conţin decât puţine grăsimi saturate, căci conţin grăsimi nesaturate (cele bune), pe care numai carnea de pasăre se poate lăuda că le are.

Bineînţeles, nu va trebui să aveţi încredere în tocăniţe şi alte mâncăruri care, în numeroase cazuri, vă vor fi servite în mijlocul unui sos « betonat » cu făină albă, ceea ce nu se întâmplă, din fericire, în cazul marilor restaurante.

Nu aveţi încredere nici în escalop, care este adesea acoperit cu o textură nedorită conform principiilor noastre.

Peştele

Toţi, fără excepţie pot fi aleşi, cu singura menţiune că nu vor putea fi nici pane, nici daţi prin făină şi apoi prăjiţi. Ca întotdeauna, dacă sunteţi la restaurant, întrebaţi la bucătărie; nu acceptaţi decât peştele în staniol, la grătar sau gătit la abur.

Sosurile vor face obiectul aceleaşi neîncrederi ca cele pentru carne. Cel mai bun dintre ele va rămâne totuşi amestecul de suc de lămâie şi ulei de măsline extravirgin, mai bogat în vitamine, după cum ştiţi.

Acasă, peştele congelat este cea mai bună garanţie a prospeţimii. Cumparaţi file de peşte cod sau de merlucius pe care îl veţi găti în diverse feluri, fie într-un bulion[24] simplificat făcut cu ierburi de Provence[25] (o lingură de supă la un litru de apă), fie la foc foarte mic într-o oală acoperită în care aţi pus un strop de ulei.

Garniturile

Ca întotdeauna, pentru că ar trebui să fie un reflex înainte de a comanda ceva la restaurant, întrebaţi: « Ce garnituri serviţi? ». Ospătarul vă va răspunde, în nouă cazuri din zece, crezând că vă va fi pe plac: « cartofi prăjiţi sau cartofi sote ». Dacă întrebaţi de altă garnitură, vă va răspunde invariabil « Orez sau poate paste ».

De multe ori, în asemenea cazuri, am fost tentat să dau buzna în bucătărie şi să-i răstorn bucătarului oalele cu glucide rele în cap, ca să-l pedepsesc pentru lipsa de creativitate. Dacă n-am făcut-o niciodată nu e pentru ca sunt « bine crescut », ci pentru că ştiu că sărmanul ar fi spus: « La ce bun să fac altceva, mi-ar fi spus trist, de vreme 80 % din clienţi refuză să iasă din veşnicii cartofi, orez şi paste?»

Unii bucătari, chiar şi dintre cei mai mari, se străduiesc chiar, precum ultimul bucătar de cantină şcolară, să ne atragă în sanctuarele lor după săptămâni de aşteptare, pentru a ne prepara cu grijă un mic piure de cartofi bun. Ei continuă totuşi să fie admiraţi de cele mai bune ghiduri gastronomice.

Cum poate, un star al bucătăriei să nu aibă acel punct de discernământ, dacă este, prin definiţie, o excepţie în termeni de creativitate? Că fast-foodul din cartier sau cantina orfelinatului « şi-au servit cartoful », se prea poate. Dar ca el să troneze în mijlocul celor mai mari meniuri gastronomice, după ce a îngrăşat porcii timp de secole, înseamnă să-ţi baţi joc de lume, cu atât mai mult cu cât e facturat ca şi cum ar fi vorba de trufandale.

Exemplele de incoerenţă în obiceiurile alimentare în acest domeniu nu lipsesc. Atunci când mergeţi pentru prima oară la Guadeloupe, vă veţi aştepta să vi se servească acele excepţionale varietăţi de legume exotice de care vorbesc toate cărţile de botanică. De fapt, nu e aşa, căci acea insulă de vis, care ar putea fi o adevarată oază şi ar exporta în toată lumea remarcabilele sale legume tropicale, nu produce nimic. Baza alimentaţiei sale este de fapt constituită din orez alb şi cartofi care sunt bineînţeles importaţi. Mie personal mi-a fost mai greu la Pointe-à-Pitre decât la Paris să găsesc un restaurant care să servească un bun piure de cristofine, un aliment local cu totul excepţional.

În acelaşi fel, ne putem extazia că orezul creol poate simboliza bucătăria locală în aceasta ţară, deşi nu a fost niciodată cultivat, ci impus de indieni, veniţi să înlocuiască sclavii negri în momentul emancipării lor.

---

[24] **Bulion** = supă concentrată de carne (zeama în care a fiert carnea).

[25] **Ierburi de Provence =** diverse plante aromatice, uscate şi măcinate folosite la condimentarea mâncărurilor, conţin: salvie, rosmarin, cimbru, dafin etc

Atunci când sunteţi la restaurant, cereţi deci să vă servească altceva decât ce li se serveşte celorlalţi. Insistând puţin, veţi fi chiar surprinşi să constataţi că este totuşi posibil să primiţi fasole verde, spanac, conopidă sau brocoli.

Dacă nu au nimic din toate astea, mulţumiţi-vă cu o salată şi faceţi de ruşine gazda.

Legumele pe care vi le putem recomanda în faza I sunt următoarele:

- dovlecei;
- vinete;
- roşii;
- brocoli;
- spanac;
- ardei verde;
- mărar;
- ţelină;
- măcriş;
- fasole verde;
- bette[26];
- ciuperci;
- salsifi;
- varză;
- mazăre;
- conopidă;
- varză acră;
- varză de Bruxelles.

dar şi:

- linte;
- fasole uscată sau fasole oloagă;
- năut.

Şi lista nu e deloc exhaustivă...

BRANZĂ SAU DESERT ?

În faza I, va trebui să vă mulţumiţi, cel mai ades, cu brânză. Mâncaţi brânza fără pâine, deşi veţi spune, e greu. De fapt, e la fel de simplu ca şi neîndulcirea cafelei. Când vom reuşi, ne vom întreba cum am putut mânca altfel aşa de mult timp. Un şiretlic ce permite să reuşim fără tranziţie constă în a mânca brânza cu salată. Altă posibilitate de a înlocui suportul ce îl

[26] **Blettes,** *Bette,(lat.* Beta vulgaris var. Cicla) plantă originară din estul bazinului mediteranean, cultivată în regiunileLyonnaise, Parisienne şi le Midi. Face parte din aceeaşi specie cu sfecla, însă de la ea se consumă tijele, frunzele, partea verde foarte colorată. Partea fibroasă se pregăteşte cu sos de Mornay sau olandez sau cu vinegretă. Frunzele se pot găti ca şi spanacul. Crudă este o excelentă soursă de vitamina C, A, de magneziu şi de potasiu.

constituia pâinea: folosiţi o bucată de brânza tare (caşcaval de exemplu) pentru a manca o brânză moale (brânză proaspătă).

Pentru cele ce au cu adevărat intenţia de a slăbi, să ştie că nu este recomandat a se consuma o cantitate mare de brânză de vaci, chiar dacă are 0 % MG. Brânza de vaci conţine o cantitate deloc neglijabilă de glucide (glactoza) în zer, şi consumând multă ar putea relansa la sfârşitul mesei o secreţie mai importantă de insulină ceea ce ar risca stocarea grăsimilor ingerate înainte. O doza de 60 până la 80 grame ar trebui să constituie maximul. În măsura în care este posibil, va trebui să alegeţi întotdeauna brânzeturi albe scurse, evitându-le pe cele cremoase.

Pe de altă parte, studii recente au demonstrat că proteinele din laptele de vacă şi mai ales din lactoserum (zer) provoacă un răspuns insulinic important. De aici recomandarea de a consuma doar brânzeturi bine scurse şi de preferat brânzeturi de capră şi oaie.

Cât priveşte deserturile, fără excepţii, va trebui să trageţi o linie în timpul fazei I, căci există puţine posibilităţi de a consuma unele fără zahăr. Acasă, puteţi totuşi să faceţi ouă à la neige sau lapte de pasăre, la nevoie îndulcite cu fructoză. Sau puteţi consuma o spumă de ciocolată sau o prăjitură cu ciocolată făcută fără zahăr, făină sau unt, cu ciocolată cu peste 70 % cacao, al cărei IG este 22 (vedeţi reţetele din anexa I). Totuşi, desertul va putea fi întotdeauna alcătuit din fructe coapte (mere, piersici, caise, prune negre...) sau dintr-o prăjitură cu fructe ce nu conţine nici zahăr, nici făină, nici unt (vedeţi reţeta de clafoutis în anexa I).

PRÂNZUL « LA BOTUL CALULUI »

Este posibil, din diverse motive, să nu aveţi timp să dejunaţi normal. Altădată aţi fi recurs la un sandwich, care este de acum înainte, cel puţin în faza I, interzis. Vom vedea că va putea eventual să reapară în faza II, cu condiţia să conţină adevărata pâine integrală.

În măsura în care v-am explicat că era important să nu săriţi niciodată peste o masă, va trebui deci să găsim mijlocul prin care să respectam un minim. Ne putem gândi la mai multe soluţii.

PRÂNZ CU FRUCTE

Toate fructele sunt bune, mai puţin banana coaptă, care provoacă un răspuns glicemic important (index glicemic de 60). Bananele verzi nu sunt interzise, deoarece indicele lor glicemic e mai mic: 45.

Mâncaţi de exemplu trei sau patru mere, sau mai bine alternaţi cu portocale.

Puteţi de asemenea sa mâncaţi două mere cu 50 g de alune sau migdale (se găsesc gata decojite); veţi completa cu un iaurt.

PRÂNZ CU BRÂNZĂ SAU OUĂ

Orice tip de brânză este bun, cu condiţia să fie cât mai puţin grasă posibil (dacă nu veţi fi repede scârbit) şi mirosul său să fie compatibil cu locul în care o consumaţi (biroul vostru, de exemplu).

O porţie de 250 g de brânză de vaci cu 0 % MG, în care puneţi câţiva fragi, zmeură sau kiwi, poate fi o variantă. Acestea sunt de fapt puţinele fructe, împreună cu murele, care fac excepţie de la regula conform căreia fructele trebuie mâncate pe stomacul gol. Aceste fructe au un risc foarte scăzut de a fermenta în stomac. Mâncându-le cu brânză cu 0 % MG nu este greşit. Vom vedea mai departe că vor fi acceptate chiar la sfârşitul unei mese normale, în faza II.

Două sau trei ouă tari pot de asemenea să constituie o soluţie. Dacă le putem adăuga o mică roşie proaspătă, vor fi mai puţin grele pentru stomac.

PÂINEA ŞI VINUL, UITAŢI-LE ÎN FAZA I

A renunţa la pâine la cele două mese principale este un principiu de bază important de respectat. În faza I, v-aţi putea gândi că aş fi putut fi mai nuanţat şi n-aş fi interzis decât pâinea albă. Amintiţi-vă însă că pâinea integrală autentică are IG 40. Prânzul fiind prin definiţie protido-lipidic, orice glucidă îl însoţeşte trebuie obligatoriu să aibă un indice glicemic mai mic sau egal cu 35. În faza I, scopul este de a stimula prin orice mijloc pancreasul. La o masă protido-lipidică, cea mai mică secreţie de insulină, chiar dacă nu este suficientă pentru a constitui depozite de grăsime, ar putea frâna scăderea în greutate. Nu vă veţi îngrăşa neapărat, dar nu veţi slăbi aproape deloc.

În privinţa vinului şi a alcoolului în general. este mai bine să vă lipsiţi de el complet în faza I de scădere în greutate, mai ales dacă aveţi multe kilograme de dat jos. Dacă surplusul de kilograme nu este semnificativ, veţi putea, la extrem, să vă limitaţi la jumătate de pahar pe care îl veţi bea la sfârşitul mesei, alături de brânză. Vom reveni în faza a II-a asupra modului în care trebuie băut şi asupra proastelor obiceiuri la care vă trebui să renunţaţi.

Mai bine beţi apa în faza l sau ceai. Toţi cei care au încercat sa bea ceai în timpul unei mese normale, cum procedau altădată englezii, au descoperit nu numai plăcerea dar şi beneficiile lui. Ceaiul are proprietăţi digestive pe care le putem atribui tuturor băuturilor calde.

De aceea dacă preferaţi să beţi un ceai de plante (fără zahăr) la masă, nu ezitaţi. Nici unul nu este contraindicat, dimpotrivă, oricare este binevenit.

CINA

Cum am avut deja ocazia să precizăm, cina ar trebui să fie cea mai uşoară masă a zilei. Din nefericire, ea este de cele mai multe ori ocazia unui festin, fie acasă fie în oraş (o ieşire, o invitaţie) în cadrul relaţiilor sociale, profesionale sau amicale.

Acasă, va fi uşor să vă schimbaţi obiceiurile. Micul dejun fiind de-acum mai copios şi prânzul nemaifiind uitat, cina va putea să nu mai fie atât de pantagruelică, cum era înainte.

Putem, referitor la compoziţie, să judecam după acelaşi principiu ca pentru prânz, dar limitând în special grăsimile şi evitând carnea dacă deja am consumat la prânz. Este de fapt interesant să puteţi servi de trei sau patru ori pe săptămână cine protido-glucidice, adică

alcătuite în principal din glucide cu IG mic şi foarte mic. Singura regulă de respectat în faza I este să le gătiţi şi să le consumaţi neapărat fără grăsimi.

Dar cina va fi mai ales ocazia de a reveni la tradiţiile pierdute, reabilitând anumite legume pe care nu le mai consumaţi astăzi, ca lintea, fasolea sau mazărea, sau preparând un platou de orez (basmati) însoţit de un sos concentrat de roşii.

MASĂ PROTIDO-LIPIDICĂ FAZA I
cu glucide cu indice glicemic foarte mic

	ANTREURI			
	Crudităţi	**Peşte**	**Mezeluri**	**Altele**
RECOMANDATE	Sparanghel Roşii Castraveţi Anghinare Ardei Ţelină Ciuperci Fasole verde Praz Inimă de palmier Varză Conopida Cornişon Avocado Germeni de soia Lăptuci Andive Salata mâche Păpădie Salata scarole Creson Brocoli Ridichii Morcov (ras) Linte	Somon afumat Somon marinat Sardine Macrou Hering Anşoa Ton Ficat de morun Creveţi Scoici Saint-Jacques Gambas Scampis Languste Homar Caviar Scoici Praires[27] Bigorneaux Crabi Bulots[28] Calamar Sepie Pétoncles	Cârnăciori uscaţi Jambon crud Jambon alb Cârnăciori porc Cârnaţi uscaţi Cap de porc sau de vită Tobă sau piftie Cărnuri de Grisons Friptură cu şuncă Salată de pipote Friptura porc Pate de ficat Pate de foie gras	Mozzarella Brânză de capră friptă caldă Timus de viţel Picioruşe de broască Escargot (melci) Omletă Ouă tari Ouă prăjite Ouă mimoza Aspic de ouă Supă de peste
	Interzis	**De evitat**	**De evitat**	**De eliminat**
	Sfeclă Porumb Orez Bulgur Cartofi		Caltaboş alb Quenelle[29] Terine conţinând făină Cârnăciori industriali	Foitaje Buşeuri regale Plăcinte Clătite Sufleuri Blinii Pâine prăjită Crutoane

[27] **Praires, Bigorneaux, Pétoncles** = specii de scoici
[28] **Bulots =** melci (lat.Buccinum undatum)
[29] **Quenelle** = preparat compus din peşte sau carne albă, legat cu ou şi uneori cu miez de pâine în formă de mic caltaboş.

			Pizza

MASĂ PROTIDO-LIPIDICĂ FAZA I
cu glucide cu indice glicemic foarte mic

	FEL PRINCIPAL			
	Peşte	**Carne**	**Păsări**	**Mezeluri, organe, vânat**
RECOMANDATE	Somon Macrou Ton Sardine Hering Bar Dorada Merlucius Cod Somn În general, toţi peştii de apă dulce şi sărată	Vită Viţel Porc Oaie Miel Cal	Pui Găină Cocoş Bibilică Curcă Gâscă Raţă Prepeliţă Fazan Porumbel Iepure	Iepure Iepure de câmp Căprioară Mistreţ Caltabosi Sângerete Jambon Inimă de vită Limba de vită Timus de viţel Rinichi Picioare de porc
	Interzis	**De evitat**	**De evitat**	**De eliminat**
	Peşte pane	Bucăţi prea grase	Pielea	Mezeluri prea grase

Vom putea începe, de exemplu, cu o ciorbă de legume (fără cartofi şi morcovi) sau cu o supă cremă de ciuperci sau de roşii, fără grăsime bineînţeles. Lintea, fasolea sau mazărea pot fi însoţite de ceapă, de un sos de roşii sau de un sos cu ciuperci (vedeţi reţete în anexa I).

Acasă, veţi încerca, în măsura posibilităţilor, să preparaţi ciorba de legume cum se făcea altădată: praz, ţelină, varză (fără cartofi !); îi va urma o omletă mică împreună cu o salată.

MASĂ PROTIDO-LIPIDICĂ FAZA I
cu glucide cu indice glicemic foarte mic

GARNITURI	
Recomandate	**De eliminat**
Fasole verde Brocoli Vinete Dovlecei Spanac Ciuperci Salsifi Ţelina Bette	Cuş-cuş Castane Cartofi Morcov gătit Orez Paste

Măcriş Andive Napi Praz Roşii Ceapă Ardei Amestec de legume Conopidă Varză Varză acră Cristofine Salate verzi Spumă de legume (fără cartofi) Anghinare Mazăre Linte Fasole uscata Fasole oloagă Năut Morcovi cruzi	

Dar vom putea să mâncăm şi o porţie de paste integrale, orez complet sau griş integral, pe care le vom garnisi cu legume şi sos sau coulis fără grăsime. Aceste alimente conţin proteine vegetale, fibre, vitaminele B şi numeroase săruri minerale.

MASĂ PROTIDO-GLUCIDICĂ FAZA I
bogată în fibre

	Antreuri	**Fel principal**	**Deserturi**
Glucide bune la alegere	Ciorbă de legume Supă cremă de ciuperci Supă de dovleac Supă cremă de roşii	Linte Fasole uscată Bob, mazăre Năut Orez complet Paste integrale Griş integral	Brânză de vaci cu 0 % MG Compot Fructe coapte Gem de fructe fără zahăr Lapte de pasăre (cu fructoză) Spumă de ciocolată cu cel puţin 70 % cacao Fondant de ciocolată cu cel puţin 70 % cacao Clafoutis cu mere*
Recomandări	Fără grăsimi, fără cartofi, nici morcovi	Fără grăsimi, servite cu coulis de roşii sau sos de ciuperci, sau cu o garnitură de legume	Fără grăsimi, fără zahăr
* vezi reţeta din anexa I			

Desertul unei mese glucidice nu va putea fi compus decât din brânză de vaci sau iaurt cu 0 % MG (aromate eventual cu gem fără zahăr) sau din fructe coapte. Putem la acest tip de masă, să mâncăm pâine integrală sau şi mai bine: un cracker bogat în fibre (Wasa fibres).

CONDIMENTE, INGREDIENTE SI CONDIMENTE DIVERSE

De consumat…				**De eliminat**
Fără restricţii			**în cantităţi rezonabile**	
Cornişon Murături mici Ceapă mică Vinegretă de casa Nuoc-mâm[30] Măsline verzi Măsline negre Tapenade[31] Sare de ţelină	Ulei - de măsline - de floarea soarelui - de arahide - de nuci - de alune - de sâmburi de strugure Lămâi Parmezan Şvaiţer	Pătrunjel Tarhon Usturoi Ceapă Haşmă Cimbrişor Dafin Scorţişoară Busuioc arpagic Cimbru Mărar	Muştar Sare Piper Maioneză Sos bearnez Sos olandez Sos de smântână proaspătă	Fecule de cartofi Fecule de porumb Ketchup de roşii Maioneză din comerţ Sos Bechamel Sos cu făină Zahăr Caramel Ulei de palmier Ulei de parafină

Ca şi pentru dejunul fazei I, băuturile recomandate vor fi apa, ceaiul slab sau ceaiurile de plante. În mod excepţional, un păhăruţ de vin roşu.

Dacă aţi servit un prânz copios (prânz festiv sau profesional) şi dacă vreţi să mâncaţi uşor seara, veţi putea manca doar fructe (mere) şi un iaurt, sau cereale şi lactat degresat.

RECOMANDĂRI SPECIALE

1) ATENTIE LA SOSURI

Sosurile tradiţionale şi alte sosuri sunt realizate pe bază de fainã albă. Trebuie să vă feriţi de ele ca de ciumă.

Sosurile bucătăriei moderne sunt, în general, rezultatul ornării unui vas de gătit cu puţină smântână proaspătă, mai mult sau mai puţin slabă. Obţinem de altfel aproape acelaşi lucru cu brânză de vaci cu 0 % MG.

Pentru a face un sos care se potriveşte cu o carne albă, este suficient să amestecăm smântână proaspătă slabă sau brânză de vaci 0 % MG cu muştar aromat, să încălzim uşor şi să servim peste carne. Dacă adăugaţi amestecului ciupercuţe tăiate felii nu va strica deloc.

[30] **Nuoc-mâm =** este o saramură de peşte obţinută prin fermentaţie în cuve speciale din anşoa şi sare. Se foloseste ca şi condiment lichid.

[31] T**apenade =** este un antreu tipic Franţei,e un piure de ansoa, măsline si capere (*tapeno*) care e tartinabil pe pâine. Se poate de asemenea folosi pentru a unge o carne sau un preparat.

Dacă vreţi să faceţi un sos mai gros fără făină, există o soluţie: ciupercile. Dar pentru asta trebuie făcută o mixtură. Este suficient, de fapt, să facem un piure de ciuperci şi să-l lungim cu puţin lichid în care au fiert ciupercile. E cea mai bună modalitate de a face un sos suculent, onctuos, pentru o mâncare de iepure, friptură de iepure sau chiar cocoş cu vin.

2) BAZATI-VA PE CIUPERCI

Ciupercile constituie un fel excepţional din toate punctele de vedere, căci este vorba de o excelentă fibră, conţinând, pe lângă altele, multe vitamine. Nu putem decât deplânge faptul că nu sunt folosite în bucătăria noastră la fel de mult ca cea din străinătate.

În afară de salate, în care pot fi mâncate proaspete, ciupercile pot face obiectul unui fel în sine, sau măcar al unei garnituri apreciate peste tot în lume: după ce am opărit ciupercile, le fierbem un sfert de oră. Apoi le tăiem feliuţe şi le călim uşor în puţin ulei de măsline, adăugând usturoi şi pătrunjel la sfârşit, apoi le servim.

3) NU VĂ LĂSAŢI AMĂGIŢI DE CONSERVARE

Cei care au strămoşi la ţară îşi amintesc că mama sau bunica lor mergea să culeagă salata din gradină cu câteva minute înainte de a o servi la masă. Acelaşi lucru se întâmpla şi cu păstăile, roşiile şi toate cruditătile în general. Pe atunci se credea că legumele şi fructele proaspăt culese sunt mai bune. Tradiţia, dar mai ales instinctul strămoşilor, îi conducea, fără a şti, la ferirea hranei de pierderea vitaminelor, fapt legat în timp de conservare.

Astăzi, nu numai că alimentul la origine posedă mai puţine vitamine decât altădată, datorită modului de cultivare industrial, dar intervalul de timp între recoltare şi consum s-a mărit considerabil.

Spanacul rezultat din culturile intensive, adică al cărui randament la hectar este mare, conţine între 40 si 50 mg de vitamina C la 100 g de produs. După o singura zi de transport, a pierdut deja 50 % din conţinutul de vitamine, în jur de 25 mg per 100 g. Dacă îl păstrăm două zile într-un frigider, treimea rămasă de vitamina C va fi, din nou, pierdută. Vor mai rămâne deci 16 mg la 100 g. Dacă îl vom fierbe în apă, va mai pierde încă 50%.

În cel mai bun caz, vă vor rămâne aşadar în farfurie cam 8 mg de vitamina C la 100 g de spanac.

Dacă, în schimb, sunteţi fericitul posesor al unei grădini de legume şi cultivaţi cu drag spanac, cum făcea bunicul vostru, cele 100 g de produs pe care le veţi culege vor conţine cel puţin 70 mg de vitamina C. Dacă îl mâncaţi în aceeaşi zi, vă vor rămâne 35 mg de vitamina C, adică de aproape patru ori mai mult ca în cazul precedent.

Pierderea de vitamine în cazul unei salate este şi mai impresionantă. În mai puţin de un sfert de oră, ea a pierdut deja 30 % din vitamine şi într-o ora 48 %. Putem deci să ne ieşim din minţi când ştim că salatele care ne vin în farfurii au deja un trecut în spatele lor (de la 2 la 5 zile), fără a vorbi de cele ce se vând gata de consum, într-o pungă de plastic şi care nu numai că nu mai conţin nici o vitamină, dar, în multe cazuri, ne oferă, generos, lotul de produse chimice şi în cel mai rău caz salmonella ca şi compensaţie.

Numeroase restaurante vă laudă calităţile peştilor sau crustaceelor lor, pescuite în faţa clientului dintr-un acvariu cu câteva minute înainte de a fi servite. De ce n-ar face acelaşi lucru şi cu salatele?

O conopidă ar pierde, după părerea specialiştilor, câte 2 % din vitaminele sale la fiecare oră. Dacă e tăiată bucăţele, 8 % la fiecare sfert de oră şi 18 % la fiecare oră. Cuţitul de bucătărie este deci un instrument redutabil, dar nu în aceeaşi măsură ca răzătoarea, care e nemiloasă. Varza roşie ar pierde, de exemplu 62 % din vitamina C în două ore.

Răzătoarea este de fapt un adevărat instrument de tortură vegetală, căci ea multiplică de 200 de ori suprafaţa de contact a legumei. Varza roşie, ţelina sau ridichiile sunt supuse astfel unei adevărate DMV (devitaminizare de mare viteză).

Putem să ne imaginăm cu înfrigurare starea vitaminică în care se află felurile preparate ale birtaşului, fără a mai vorbi de pungile preambalate pe care le găsim la toate raioanele magazinelor. Sunt aceleaşi legume tăiate şi rase înainte în cantinele şcolare, ale firmelor, ale spitalelor... « A se întreba ce face poliţia... », ironiza într-o zi un ziarist, făcând această tristă constatare.

4) CONTROLAŢI-VĂ FELUL DE A GĂTI

Şi gătitul este inamicul vitaminelor. Dar, contrar a ceea ce am putea crede, mai mult în timpul de gătire nu trebuie sa avem încredere, decât în temperatură. Opărirea (în jur de 65 °C) distrugea 90 % din vitamina C a spanacului, în condiţiile în care nu pierdea decât 18 % la o temperatura de 95 °C. Explicaţia e simplă: enzimele (mereu lacome), avide de vitamine şi al căror rol e distrugerea produsului atunci când nu mai este viu (deci după smulgere), sunt în mod special active între 50 şi 65 °C, în timp ce la 95 °C sunt puţin neutralizate. De aceea un aliment gătit se conservă mai bine decât unul crud.

Astfel, după studiile efectuate în special de germani, legumele ar pierde mai multe vitamine (C, B, B2) prin înăbuşire decât gătite la abur. Cu cât timpul de preparare va fi mai scurt, cu atât mai mică va fi pierderea. De aceea e mai bine să se gătească la oala sub presiune (oala-minune) decât să se lase la fiert înăbuşit, pe foc domol, cum avem uneori nostalgia trecutului. Progresul aduce uneori şi lucruri bune.

Ca urmare a unei fierberi în apă, trebuie ştiut totuşi că esenţialul vitaminelor şi sărurilor minerale se regăseşte în apa în care s-a gătit. Dacă legumele provin dintr-o cultură biologică, este deci important să recuperam această apă, pentru a face supa, de exemplu. În caz contrar putem ezita, căci pe lângă nutrimentele care ne sunt necesare, apa recuperată va conţine toţi poluanţii deja enumeraţi (nitriţi, insecticide, pesticide, metale grele...).

Când gătim o grăsime vegetală într-o oală, dacă depăşim temperatura de 170 °C (lucru care se produce când pregătim o friptură), natura uleiului se modifică şi se transformă într-o grăsime saturată la fel de rea ca cea a unei bucăţi de carne, şi riscă să aibă un efect nefast asupra colesterolului. În schimb, grătarele făcute la barbeque sunt de câţiva ani obiectul unei puternice critici din partea cancerologilor: au observat că grăsimile arse se transformă în benzopirenă, o substanţă foarte cancerigenă. Din aceasta cauză se recomandă să se prepare carnea pe grătare verticale, pentru a obţine o scurgere a grăsimilor, evitând intrarea în contact cu flacăra.

În ceea ce priveşte cuptorul cu microunde, el a declanşat, încă de la lansarea pe piaţă, o polemica aprinsă. Nimeni nu îi va reproşa faptul că este practic, că se adaptează bine lipsei de timp a civilizaţiei noastre. Dar ce incidenţă reală poate avea asupra « vitalităţii » alimentelor ? Pentru moment nu se ştie nimic, căci studiile care au fost făcute sunt imprecise şi contradictorii. Dar când se cunoaşte principiul de bază al cuptorului cu microunde, ceea ce ignoră majoritatea utilizatorilor, devine normal să-ţi pui întrebări în privinţa transformării vitaminelor, mai ales că se ştie că ele sunt foarte sensibile.

Prepararea unui aliment în cuptorul cu microunde se produce prin fricţiunea moleculelor de apa pe care le conţine; căldura produsă se transmite prin conducţie sau mai exact prin schimb termic. În ce stare se regăsesc eventualele vitamine după ce au stat într-un mediu în care moleculele de apă au suferit o asemenea măcinare atomică? Întrebarea rămâne pentru moment pusă, căci răspunsurile alarmante care sa-u dat nu sunt suficient probate pe plan ştiinţific.

Va fi nevoie probabil de mai mulţi ani de observare înainte de a putea determina dacă acest mod de a găti este atât de periculos cum pretind unii. A fost nevoie de multe generaţii pentru a demonstra că grătarul orizontal, utilizat de foarte mult timp, este cancerigen.

Cu îndoială, trebuie deci să fim prudenţi şi să facem în aşa fel încât cuptorul cu microunde să fie doar un aparat de reîncălzit mâncarea şi nu un instrument folosit sistematic pentru toate mâncărurile. De aceea, utilizarea frecventă, de către tinerele mame pentru a încălzi biberoanele este condamnabilă, cu atât mai mult cu cât bebeluşul riscă serioase arsuri. Controlul temperaturii interioare a lichidului este dificilă, căci poate fi foarte mare în timp ce exteriorul recipientului a rămas rece sau e călduţ.

Trebuie ştiut că microundele nu sterilizează laptele mai mult decât o fierbere normală.

5) ATENTIE LA GRĂSIMILE RELE

Am văzut că anumite grăsimi, numite saturate, puteau avea un efect nociv asupra sistemului cardio-vascular. Este cazul untului, smântânii, grăsimilor animale şi mezelurilor: vita, porc, oaie. Un consum excesiv al acestor alimente ar putea conduce la mărirea nivelului colesterolului.

În schimb, am văzut că anumite grăsimi aveau, din contră, proprietatea de a ne proteja arterele: grăsimile din peşte, ulei de măsline, de floarea-soarelui, sau grăsime de gâscă. În alegerile alimentare pe care le veţi face aplicând regulile referitoare la faza I, e bine să ştim să diferenţiem grăsimile între ele.

E de dorit să se limiteze consumul de carne şi mezeluri la de trei ori pe săptămână, din care o dată sângerete (făcut fără grăsime), ţinând cont de conţinutul său mare de fier. Va fi convenabilă alternarea consumului de carne de pasăre (de două ori pe săptămână) şi ouă (de două ori pe săptămână).

6) CÂTEVA EXEMPLE DE ECHILIBRE LIPIDICE BUNE SI RELE

	Bun echilibru		
Antreu	Cârnăciori	sau	Sardine

Fel principal **Desert**	Peşte Brânză		Coaste de porc Iaurt complet
	Rău echilibru		
Antreu **Fel principal** **Desert**	Jambon Antricot Brânză	sau	Frisée aux lardons ou Escalop normand Brânză albă à la crème

Exemplu de două zile de mese în faza I		
Trezire **ora 7:10**	- sucul a 2 lămâi stoarse - 2 kiwi	- sucul unui grapefruit stors - 1 para, 1 kiwi
Mic dejun **ora 7:30**	- cereale (fără zahăr) - 2 iaurturi degresate – o cafea fără cofeina	- pâine integrală - gem de fructe fără zahăr - un bol de lapte degresat
Dejun **ora 12:30**	- ciuperci à la grec - somon – legume mici - brânză	- cruditătţi: castravete, ridiche - antricot - brocoli - brânză
Gustare **ora 16:30**	- 1 măr	- 1 măr
Cină **ora 20:00**	- bibilică - ghiveci - salata - iaurt natural	- supă de legume – paste integrale cu ciuperci - iaurt degresat

În restul timpului trebuie privilegiat peştele. Ideal ar fi să se poată servi trei cine glucidice din şapte. Am avea astfel zece mese din 20 (şase mic dejunuri şi trei cine) fără a conţine nici un fel de grăsimi ci doar glucide bune.

7) BĂUTURILE DE ELIMINAT

Limonade, suc acidulat şi alte sucuri de fructe. Aceste băuturi sunt în general preparate pe bază de extracte aproape întotdeauna sintetice şi au toate acelaşi defect major: conţin mult zahăr. Ele sunt deci condamnabile şi trebuie excluse în totalitate, cu atât mai mult cu cât gazul artificial pe care îl conţin are ca efect declanşarea intoleranţelor gastrice la anumite persoane.

Chiar dacă sunt preparate pe bază de extracte naturale, nu trebuie să aveţi încredere în sucuri, care pot fi toxice. S-a constatat că în extractele naturale de mandarină, se găsesc urme importante de substanţe nocive, ca terpenele.

Cât despre cele mai rele, cele pe bază de cola conţinând mult zahăr (o sticla de 1,5 litri conţine echivalentul a 35 cuburi de zahăr), ar trebui fie interzise fie să fie etichetate special (ca pachetele de ţigări), amintind că pot fi dăunătoare sănătăţii.

Berea

Berea este o băutură ce poate fi consumată cu foarte mare moderaţie. Ea nu-şi găseşte locul nici în faza I, nici în a II-a.

Nu trebuie să fi fost în Germania pentru a şti care sunt efectele sale secundare nefaste: balonări, respiraţie urâtă şi creştere în greutate.

Comparativ cu vinul, o bere conţine cele mai rele glucide: maltoza (indice glicemic 110) a cărei concentraţie este de 4 g pe litru.

Trebuie semnalat că asocierea alcoolului cu zahărul, care este prezent în bere, favorizează apariţia hipoglicemiei generatoare de oboseală (vezi cap 6 al acestei prime părţi).

În concluzie, berea este nerecomandată băută între mese şi în cantităţi importante. De aceea vom putea considera ca o bere de 33 cl băută în timpul unei mese şi mai ales la sfârşitul ei ar putea face obiectul unei anumite toleranţe, cu atât mai mult cu cât este vorba de o bere fără alcool.

Alcoolul

Este evident ca în timpul fazei I vom trage o linie peste alcoolurile distilate, chiar dacă sunt cele băute la aperitiv (anason, whisky, gin, vodcă...) sau cele pe care le servim ca pseudo-digestive (cognac, armagnac, calvados, alcool alb...).

La aperitiv, va trebui să vă mulţumiţi cu un Perrier sau cu un suc de roşii. În faza II, vom reveni la practici mai puţin austere, reintroducând vinul şi mai ales cel mai prestigios dintre ele, şampania.

Iată-ne deci la sfârşitul fazei I, care, încă o dată, nu este *restrictivă* în privinţa cantităţii (trebuie totuşi să mâncăm cât să ne potolim foamea), dar care în schimb e *selectivă*. Un anumit număr de alimente au fost excluse voluntar în favoarea altora, ale căror caracteristici nutriţionale sunt superioare

Este necesar să reamintim că pâinea şi toate derivatele sale (pesmeţi, toast...) trebuie să dispară din cele două mese principale (când conţin lipide), dar e necesar să o regăsim sub forma integrală la micul dejun.

Dacă înainte de adoptarea acestor principii alimentare aţi consumat în mod regulat zahăr sau eraţi un mare amator de foitaje şi prăjituri, veţi putea pierde 2 kg încă din prima săptămână. Nu vă opriţi atunci căci aveţi toate şansele de a pune la loc în doua zile kilogramele pierdute în 8 zile.

FAZA II

Este cea de stabilizare ponderală definitivă. A pierde kilograme e bine, dar a-ţi atinge obiectivul doar efemer e incoerent. Orice slăbire ce nu se concentrează pe termen lung este fără interes, nefastă.

Pentru a ajunge la stabilizare trebuie respectate câteva principii generale:

1. Fixaţi-vă un obiectiv realist, adică e mai bine să vizaţi o greutate rezonabilă ce va putea fi menţinută, decât o greutate nerealistă. A vrea să cobori sub un BMI[32] de 20 e o greşeală. Unele femei nu par a fi înţeles această regulă de bază!

[32] Vezi primul capitol din a doua parte

2. Trebuie să ştiţi să refuzaţi raţionalizările drastice care sunt sursă de frustrări, căci imediat ce perioada de « regim » este sfârşită, organismul se răzbună şi nu are decât un scop: reconstituirea depozitelor de grăsime. Dar dacă veţi adopta metoda Montignac, care este selectivă şi nu restrictivă, veţi fi feriţi de acest pericol.

3. Trebuie să gestionaţi orice perturbare de natură psihică. Perioada de slăbire este gratifiantă, dar adoptarea noilor obiceiuri alimentare nu poate fi decât unul din aspectele schimbării fundamentale ale modului vostru de viaţă.

4. Trebuie să continuaţi să analizaţi raportul vostru cu hrana şi să îl clarificaţi. A mânca nu trebuie să fie un răspuns la stres (teamă, anxietate, nefericire în dragoste). La nevoie, se poate face un demers auxiliar, vizita la un psiholog specializat în comportamente alimentare. Puteţi să vă hotărâţi să învăţaţi ori să continuaţi practicarea tehnicilor de gestiune a stresului ca relaxarea, sofrologia sau yoga.

5. Dacă aţi recurs la sport pentru a va readuce la normal funcţia insulinică, e bine să continuaţi practicarea acestei activităţi fizice. Ea permite modelarea siluetei, lupta împotriva celulitei şi echilibrarea psihicului.

Metoda Montignac facilitează stabilizarea ponderală din mai multe motive:

• Datorită absenţei limitărilor cantitative, la încetarea fazei I nu există riscul apariţiei efectului « rebond », căci organismul nu suportă efectele ascunse ale procesului privare – realimentare normală.

• Adoptarea unor bune obiceiuri alimentare în faza I se prelungeşte apoi fără stres, cu atât mai mult cu cât lărgirea alegerilor permite să mănânci practic de toate.

• Buna acceptarea a fazei I şi starea de bine pe care o generează previne apariţia tulburărilor de comportament alimentar. Prin aspectul său educativ, ea constituie o adevărată terapie comportamentală.

Dacă aţi pus în practică recomandările pentru faza precedentă, ar trebui să resimţiţi deja efectele benefice.

Nu trebuie omis însă un risc de rezistenţă a organismului, chiar manifestări de ostilitate, sau cel puţin o schimbare a obiceiurilor alimentare. Pentru oricine a stabilit, în câţiva ani, o legătură de subordonare cu privire la glucidele rele, este posibil ca organismul să nu se lase aşa uşor. Ca şi pentru alcool şi tutun, avem uneori de-a face cu o adevărată dependenţă şi, în acest caz, sevrajul riscă să antreneze o lipsă.

Organismul care trăieşte de mult timp din aporturi exterioare permanente de glucoză a devenit puţin asemănător şi, ca un copil căruia îi cedăm la cel mai mic scâncet, e suficient să intre în hipoglicemie pentru a cere şi a obţine glucoza. La ce bun, în aceste condiţii, să se obosească să o fabrice pentru a menţine glicemia în limite normale? Reducerea hiperglicemiei va avea ca efect limitarea aporturilor directe de glucoză în locul glicogenului, forţând astfel organismul să îl fabrice. Puţin după punerea în practică a principiilor metodei pe care v-am propus-o, veţi risca să vă găsiţi în faţa unui organism care opune rezistenţă, refuzând să-şi fabrice singur glucoza. Vă puteţi găsi în acel moment, tranzitoriu, în hipoglicemie, cu simptomele cunoscute, adică în special oboseala.

Nu vă daţi bătut! Nu fiţi tentat să reluaţi, chiar provizoriu, ceva ce conţine zahăr.

În special persoanele puternice, care practică un sport, riscă să întâlnească, în primele săptămâni ale fazei I, o anumită rezistenţă opusă de organismul lor acestor noi obiceiuri alimentare. În acest caz, simptomele imediate sunt oboseala bruscă, semnalată de căderi de tonus. Dacă manifestarea este uşoară, cel mai bine ar fi să mâncaţi migdale sau nuci, care sunt bogate în nutrimente. Dacă scăderea tonusului e mai serioasă, vom prefera smochine uscate sau caise uscate, care sunt, oricum, « glucide bune ».

Foarte repede, organismul va înţelege că nu vom ceda aşa uşor şi că nu are altă soluţie decât să-şi reactiveze funcţiile naturale, adică să–şi fabrice singur glucoza, pornind de la rezervele proprii.

Pentru abonaţii regimurilor hipocalorice, cei care fac foamea mult timp şi pun 2 kg doar privind vitrina unei patiserii, trebuie să se aştepte la o uşoară creştere în greutate, provizorie, doar 2 sau 3 kilograme suplimentare. De fapt e normal ca un organism care a fost supus la frustrări imposibile ani la rând să fie slăbit. E normal ca, având dintr-o dată la dispoziţie energia minimală de care avea nevoie şi de care era privat, să cedeze tentaţiei de a stoca un pic, dar asta nu va dura decât câteva zile. Dacă este şi cazul vostru, nu renunţaţi şi mai ales nu alegeţi din nou un regim de înfometare, căci nu veţi face altceva decât să întăriţi situaţia. Dimpotrivă, perseveraţi. Foarte repede, organismul vostru va recâştiga încredere şi va înţelege că nu îi doriţi decât binele. În câteva zile, nu numai că veţi pierde această suprasarcină adiţională, dar veţi vedea apariţia primelor rezultate. Pentru cele care urmează un regim hipocaloric foarte sever, ar trebui să crească încet rata calorică, făcând alegerile recomandate de Metodă. Se va evita astfel acest contrast prea brutal, adeseori responsabil de o creştere în greutate trecătoare, determinată de un organism înfometat care judecă încă în funcţie de vechile sale reflexe hipocalorice.

Este posibil, de asemenea, să nu scădeţi în greutate la început, deşi simţiţi că slăbiţi, în sensul că silueta vi se subţiază. Explicaţia este că, ieşind dintr-un regim hipocaloric, masa voastră musculară este mai mică decât ar fi trebuit să fie (deficit de proteine). În timpul primelor zile (sau chiar săptămâni), are loc un « transfer de masă », adică o pierdere reală de grăsime în favoarea unei reconstituiri a masei slabe (muşchii). Dar vom reveni mai în detaliu asupra acestui lucru în partea a doua.

Întrebarea ce stă acum pe buzele tuturor cititoarelor este cât timp trebuie să dureze faza I.

Aş fi tentat să spun, cu riscul de a va face să zâmbiţi: « Un anumit timp! » Totul depinde de numărul de kilograme de care vreţi să scăpaţi, de sensibilitatea individuală şi de rigoarea cu care sunt aplicate principiile fazei I. Normalizarea funcţiei pancreatice, care este obiectivul principal, se face pe o perioadă care trebuie să fie suficient de lungă (de la câteva săptămâni la câteva luni) pentru a se putea observa o ameliorare durabilă a funcţiei insulinice.

Pentru că trebuie să răspundem la întrebare, să spunem că un minim de două până la trei luni ar fi de dorit.

Dar faza II nu este de fapt decât prelungirea naturală a fazei precedente, îmbogăţită cu posibilitatea de a introduce eventuale abateri pe care va trebui să le gestionam convenabil.

Faza I v-a servit oarecum la a vă dezobişnui de unele proaste obiceiuri alimentare pentru a le adopta pe cele bune. Veţi putea deci, de-acum înainte, să funcţionaţi plecând de la aceste reflexe, cu câteva amendamente ce vor permite o mai mare flexibilitate în aplicarea anumitor principii.

MICUL DEJUN AL FAZEI II

Nimic sau aproape nimic nu se va schimba în raport cu recomandările noastre anterioare. Continuaţi să respectaţi principiile ce constau in a servi întotdeauna un mic dejun copios, cu pâine integrală veritabilă sau cereale complete fără zahăr. Dacă mâncaţi pâine integrală adevărată, o veţi unge cu unt sau margarină (nehidrogenată) dacă doriţi.

Vi se poate întâmpla, cu prilejul unei deplasări sau a unor mici-dejunuri profesionale, să nu aveţi altceva la dispoziţie decât croisante sau brioşe. Nu ezitaţi să le serviţi dacă este un caz excepţional şi vă face plăcere.

Dacă aţi respectat faza I, pancreasul vostru ar trebui sa fie capabil să suporte o hiperglicemie fără a declanşa totuşi un hiperinsulinism şi o hipoglicemie reacţională. Scăderea de tonus de la ora 11 n-ar mai trebui sa aibă loc.

În schimb, dacă alegeţi uneori un mic dejun protido-lipidic sărat, nu mâncaţi pâine: e un obicei pe care nu trebuie să-l pierdeţi niciodată. Vom mai vorbi despre el şi legat de prânz.

PRÂNZUL ÎN FAZA II

Prânzul, dacă este excepţional (prânz de afaceri, de familie, etc.), poate fi precedat de un eventual aperitiv. Nu l-am menţionat până acum deoarece era exclus în faza I.

APERITIVUL

Există mai multe principii importante de respectat în legătură cu un aperitiv.

Mai întâi, legat de natura sa. Trebuie sa fie cât mai puţin alcoolizat posibil, de aceea trebuie să preferăm alcoolul natural de fermentaţie şi să evităm alcoolul distilat, care este mai puţin asimilabil de organism. Trebuie sa renunţăm deci la alcool dur de tip whisky, gin, vodca, etc.

Dacă simţim nevoia să bem alcool, se indică faptul că putem fi într-un proces de dependenta alcoolică. Amatorii de alcool îl beau fără apă şi pe stomacul gol. Dacă sunt mai mult sau mai puţin în hipoglicemie, alcoolul va face să le crească provizoriu glicemia, dându-le impresia fugitivă că sunt stimulaţi.

O asemenea practică favorizează şi accesele de oboseală, frecvente după masă. E preferabil sa beţi vin sau şampanie sau un echivalent.

Moda vinului ca aperitiv, care constă în servirea unui vin alb cu aromă de fructe ca vinul de Alsacia sau spumosul, ori chiar substituitele sale excelente (ca montbazillac, barsac, loupiac şi sainte-croix-du-mont), e o practică de încurajat.

Dar să suprimăm pentru totdeauna acel deplorabil obicei de a adăuga unui vin alb, sau mai rău unei şampanii, un lichior destinat in majoritatea cazurilor să mascheze calitatea sa mediocră.

Kir-ul, sub toate formele sale, ar trebui interzis, să aruncăm în foc inventatorul său, canonicul care i-a lăsat numele său. Ştim că lichiorul e egal zahăr şi că zahăr plus alcool conduce sigur la hipoglicemie, adică căderi de tonus. Toate punch-urile, porto şi alte sangria trebuiesc puse la un loc. E băutura ideală pentru a vi se tăia picioarele şi a muri pentru restul zilei sau al serii.

Alt principiu extrem de important ce trebuie aplicat este următorul: nu beţi niciodată ceva alcoolizat pe stomacul gol! Dacă veţi aplica principiile acestei cărţi, dacă veţi deveni un adept al metodei, luptaţi-vă alături de noi pentru a da valoare acestui concept şi mai ales pentru a schimba obiceiurile profesioniştilor.

Convenţiile sociale vor să servim întâi băutura şi după aceea să se aducă hrana -ceea ce rămâne de altfel o eventualitate. În cel mai bun caz, ce vi se propune este bineînţeles alcătuit din glucide rele.

Dacă e un singur principiu de reţinut din această carte, acela este să nu bem niciodată, chiar şi cea mai puţin alcoolizată băutură, pe stomacul gol. Dacă îl vom neglija vom declanşa negreşit o mică catastrofă metabolică.

Trebuie deci să mâncăm înainte de a consuma alcool, să mâncăm ceva, nu contează ce anume. Pentru a evita ca alcoolul să treacă direct în sânge, după o metabolizare directă, este important să închidem mai întâi stomacul în zona pilorului, care e un sfincter situat între stomac şi intestinul subţire. Pentru asta, e bine să mâncăm proteine şi lipide, a căror digestie lentă implică închiderea stomacului.

Ceea ce noi propunem, înainte de a consuma o băutură alcoolică este să mâncaţi arahide sau migdale, câteva cuburi de brânză (şvaiţerul e bun) sau câteva rondele de cârnăciori sau de cârnaţi uscaţi[33]. Putem chiar considera că acest început de bol alimentar blocat în stomac va ajuta, într-un fel, la neutralizarea alcoolului băut, absorbindu-l parţial.

« Căptuşind » stomacul, lipidele pot contribui astfel la evitarea sau măcar la limitarea absorbţiei de alcool prin pereţii săi. Din acelaşi motiv se pretinde că se diminuează efectul alcoolului când se beau în prealabil una sau doua linguriţe de ulei de măsline.

VINUL

Cum spunea doctorul Maury: « Vinul s-a lăsat închis într-un ghetou, cel al băuturilor alcoolice. ». Putem deci regreta că în numeroase cazuri i-am preferat sucuri sintetice de fructe, îndulcite, ale căror consecinţe asupra metabolismului sunt adeseori regretabile. Băut in cantitate rezonabila (un pahar sau două la masă), vinul este o băutură excelentă, căci este atât digestiv cât şi tonic, analergic si bactericid. Conţine şi o cantitate importantă de oligoelemente.

Ca aperitiv, nu vinul este responsabil de somnolenţa de după masa, ci felul în care este băut. Când nu luăm un aperitiv şi ne aşezăm la masă la un restaurant, primul lucru pe care îl face ospătarul este să aducă vinul, să desfacă sticla şi să umple paharele fiecărui mesean. Dacă î bem, şi suntem tentaţi să o facem, ne găsim în aceeaşi situaţie ca şi cu aperitivul. Din două una: sau

[33] Sunt excluşi cârnaţii ordinari care conţin numeroşi aditivi

aşteptăm să mâncăm întâi, sau cerem ceva de mâncat (arahide, brânză, cârnăciori, măsline) pentru a închide pilorul.

La masă trebuie deci să aşteptăm să mâncăm întâi antreul înainte să începem să bem vin. Cu cât aşteptăm mai mult, cu atât va fi mai bine, căci cu cât va fi mai plin stomacul cu atât se vor simţi mai puţin efectele alcoolului. Ideal ar fi deci să nu vă atingeţi de pahar decât la mijlocul mesei.

Dacă respectaţi această practică, nu numai că nu veţi mai cunoaşte somnolenţa de după masă, dar veţi avea şi o digestie mai bună.

A bea vin la masă implică, după cum am arătat, faptul că, cantităţile, neapărat rezonabile, trebuie să fie întotdeauna proporţionale cu cele de hrană consumate înainte.

PÂINEA

Chiar în faza II, este de dorit să continuaţi să respectaţi principiul care constă în suprimarea pâinii la cele două mese principale. Pâinea trebuie consumată doar la micul dejun, căci doar în acest moment îşi are locul în alimentaţia zilnică. Macaţi cât doriţi. Menţineţi-i cultul, căci o merită. Mergeţi kilometri pentru a o găsi dacă este nevoie. Continuaţi să o veneraţi ca pe un aliment exceptional, dar uitaţi de ea la celelalte două mese.

Suprimarea pâinii la cele două mese principale rămane încă o chestiune de principiu. Dacă aţi reuşit acest lucru în faza I, trebuie să continuaţi şi să nu recidivaţi, fără excepţii (abateri).

Pâinea albă e ca ţigara: când te dezobişnuieşti de ea, nu trebuie să te întorci înapoi, dacă nu urmează din nou asaltul. Aţi remarcat desigur în jurul vostru cum, vechi fumători, după ce au renunţat la fumat o lungă perioadă de timp, au cedat încet-încet. După o lungă perioadă de abstinenţă, care a stârnit admiraţia anturajului lor, îşi aprind într-o zi un trabuc (trabucul n-are nimic de-a face cu ţigara). Şi apoi, neavând întotdeauna la dispoziţie trabucuri, acceptă mici ţigarete, apoi ţigarete. Şi într-o zi, neavând ţigarete ei revin la ţigări şi iată nereuşita.

Pâinea, chiar integrală, îngreunează considerabil o masă importantă încărcată de lipide.

Faceţi experienţa: luaţi o masă copioasă, compusă de exemplu din două antreuri, un fel principal, brânză şi chiar un desert. Dacă respectaţi principiile metodei noastre atât privind compoziţia mâncărurilor cât şi maniera de a bea vin, veţi sfârşi masa uşor ca o frunză, în ciuda cantităţii importante de hrană pe care aţi consumat-o, veţi avea o digestie fără probleme şi nu veţi avea parte de somnolenţă. În schimb, una sau două bucăţi de pâine luate la o masă ca aceasta vă va da o impresie dezagreabilă de balonare şi vă va perturba digestia.

Nu vă asumaţi, pentru nimic în lume, riscul de a reveni în urmă. Dacă este un lucru proscris şi condamnat ferm, este acest deplorabil obicei pe care îl au oamenii când se aşează în jurul unei mese de a se axa (hipoglicemia obligă) pe pâine şi eventual unsă cu unt. Cu paharul de vin sau aperitivul pe stomacul gol, 50 % din vitalitatea lor este pierdută pentru restul zilei.

ABATERILE

A gestionaa alimentaţia înseamnă a gestiona echilibrul ponderal, înseamnă a gestiona performanţa dar şi abaterile.

Aceasta înseamnă că dacă se aplică principiile metodei noastre cu o anumită constanţă, se poate din timp în timp să fie permisă o abatere fără a prejudicia rezultatele generoase obţinute.

Aceasta poate fi un sufleu care să conţină un pic de făină albă sau paste proaspete care stau să cadă din farfurie sau chiar o mică porţie de orez alb. Dar cel mai adesea abaterea va fi făcută la desert. Căci pe cât este de posibil să se evite anumite alimente la antreu sau la felul principal, lăsându-le discret deoparte când eşti invitat, pe atât este de dificil să refuzi categoric desertul care poate în acelaşi timp să fie şi îndulcit cu zahăr şi să conţină făină albă. O dată nu este un obicei.

Ceea ce trebuie evitat în schimb, este multiplicarea abaterilor până la punctul de a se reveni in mod progresiv la vechile obiceiuri.

ABATERI DE TEMPERAT

Dacă vă plac cartofii şi suferiţi din cauza privării de ei, făceţi-vă plăcerea o dată din timp în timp. Dar ca la toate alimentele hiperglicemiante, ceea ce este important de făcut este de a le însoţi cu fibre pentru a limita ridicarea glicemiei. Dacă vă plac cartofii prăjiţi pe atât, încât să vă doriţi să faceţi o abatere , nu îi mâncaţi în nici un caz cu carne, mâncaţi-i cu salată.

Cu morcovii gătiţi, problema este aceeaşi. Dacă vă doriţi să mâncaţi, însoţiţi-i întotdeauna de un alt aliment conţinând fibre.

În faza I, singurele garnituri acceptate erau glucidele cu IG foarte mic care conţin glucoză şi multe fibre. Trecând la faza Iivom putea în mod excepţional reintegra ca garnituri la carne şi peşte, glucide cu IG superior lui 35 dar întotdeauna mai mic de 55 (orez complet, paste integrale).

Î ceea ce privesc fructele proaspete, vom continua şi în faza II să le consumăm pe stomacul gol. Excepţie vor putea face fructele roşii: fragi, zmeură şi mure. Aceste fructe vor putea fi mâncate la sfârşitul mesei, eventual cu o smântână bătută fără zahăr (Nata). Dat fiind conţinutul lor slab în zahăr, nu riscă să ne tulbure digestia printr-o fermentaţie nedorită.

CINA ÎN FAZA II

Principiile generale pe care le-am definit pentru faza I sunt aceleaşi şi în faza II, cu diferenţa că anumite abateri vor putea fi făcute la cină, în loc de prânz. Dar atenţie, asta nu înseamna că vor putea fi făcute abateri la fiecare masă a zilei. Regula de bază a unei bune gestiuni în această privinţă este tocmai de a le accepta sau a le evita, repartizându-le în timp. Prea multe abateri într-o singură zi, riscă să vă amintească proastele obiceiuri în următoarele 24 de ore, cu o revenire a oboselii, scăderilor de tonus şi somnolenţelor de care v-aţi deyobişnuit, fără a socoti bineînţeles şi creşterea în greutate.

Luaţi deci decizia de a nu accepta niciodată o abatere dacă nu vă aduce în schimb o deosebită plăcere. Refuzaţi de exemplu, orice dulciuri de proastă calitate, ca bomboanele şi batoanele de ciocolată vândute în marile magazine. Abaterea trebuie sa fie o concesie făcută calităţii sau gastronomiei: acceptaţi un croisant cu unt, apetisant, făcut cu dragoste de un maestru patiser; refuzaţi categoric acele infame produse industriale vândute în patiseriile din gări sau în supermarketuri.

SANDWICH INTEGRAL
LA FAST-FOOD DIETETIC

Dacă aveti la dispozitie pâine integrală veritabilă, sau crakeri îmbogăţiţi cu fibre (Wasa fibres), puteţi oricând să faceţi un sandwich cu carne slabă, somon afumat sau cruditătţi. Cu condiţia ca acesta să rămână excepţional.

De asemenea putem să luăm în considerare o « restaurare rapidă » în care principalele feluri (pizza, tarte, pâinici...) să fie preparate cu făină nerafinată şi cu produse de origine biologică. « Noul hamburger » va fi întru totul acceptat dacă îi vom restitui fibrele, sărurile minerale şi vitaminele sale, privându-l de zahăr, de cea mai mare parte a grăsimilor saturate şi de reziduurile de pesticide.

Masa frugală biodietetică de mâine ar putea reuşi să împace copiii progresului şi nostalgicii modului alimentar străvechi.

A-şi gestiona performanţa înseamnă a-ţi gestiona alimentaţia. Dar această nouă abordare a nutriţiei, şi revolutionară, şi naturală şi realistă nu trebuie să lase loc comportamentelor excesive. A mânca orice, oriunde şi oricum, în voia soartei, funcţie de oferta comercială şi în totală ignoranţă, este condamnabil, căci este vorba de un comportament iresponsabil. A deveni un obsedat al calităţilor naturale ale alimentelor, sau un paranoic al culturilor biologice, ar merita acelasi gen de dezaprobare, căci ar însemna căderea în extrema cealaltă.

Noua conştiinţă căpătată acum în materie de alimentaţie nu justifică faptul că ne facem cumpărăturile exclusiv din magazine dietetice, care de altfel nu ne oferă obligatoriu o garanţie. Ea nu ne obligă să negăm numeroasele binefaceri ale societăţii moderne, ca şi pe cele ale consumului. Ea trebuie să ne conducă mai ales, pe fiecare, la un discernământ în alegerile alimentare, care de acum înainte, vor trebui făcute într-o optică mai salutară.

Calitatea alimentelor pe care le mancăm, ca şi puritatea aerului pe care îl respirăm, condiţionează starea noastră. În acelaşi fel în care căutam să schimbăm aerul şi să ne oxigenăm mai bine, să întreţinem o mare diversitate alimentară, să căutăm în hrană delectarea şi plăcerea, să redescoperim acele varietăţi de gusturi pe care le-am pierdut, să cultivam sensul sacru al gastronomiei şi să respectăm autenticul, naturalul, produsele pure ale pământului.

PUNEREA IN PRACTICA A FAZEI II

Faza II e mai subtil de gestionat ca faza I, căci principiile sale sunt mai puţin stricte. Nu mai este ca în faza I, pe de o parte lucrurile pe care le putem face şi pe de altă parte cele pe care nu le putem face. E mult mai nuanţat decât atât. Putem face orice – cu condiţia să nu fie prea mult.

Trebuie să fim clari doar asupra faptului ca nu se pune problema, după ce am obţinut rezultate, am slăbit şi ne-am recastigat vitalitatea, să revenim la vechile obiceiuri alimentare. În caz contrar, aceleaşi cauze vor produce aceleaşi efecte, sunt şanse ca toate kilogramele şi scaderile de tonus să revină. Asta înseamnă că principiile de bază ale fazei I vor fi păstrate pentru totdeauna, dar aplicate poate cu mai puţina rigoare.

În faza I, nu se punea problema de a face nici cea mai mica abatere. Faza II e puţin mai permisivă în această privinţă. Dar vor trebui gestionate corect aceste abateri, adică să nu se piardă din vedere principiile fazei I, cu câteva corecţii, principii ce trebuie întotdeauna să constituie referinţa şi baza de revenire.

Faza II este una de libertate, dar nu de orice fel. E o libertate supravegheată, care trebuie să devină întotdeauna o a doua natură. Gestiunea abaterilor este o artă şi poate fi făcută în aplicarea anumitor reguli.

După cum vă imaginaţi, există abateri mici şi abateri mari.

Abaterile mici sunt următoarele:

- un pahar de vin sau de şampanie la aperitiv, după ce am mâncat în prealabil brânză, cârnăciori, măsline ...;
- două pahare de vin în timpul unei mese;
- un desert ce cuprinde puţin zahăr, de exemplu o cremă caramel sau un iaurt îndulcit[34];
- un platou de glucide bune cu o grăsime vegetală (orez basmati cu ulei de masline);u
- o felie de pâine integrală prâjită cu pate de foie gras sau somon;
- un cracker Wasa fibre cu brânză.

Abaterile mari sunt urmatoarele :

- un pahar de aperitiv + două pahare de vin la aceeaşi masă;
- un antreu ce conţine o glucidă rea (sufleu, quiche, foitaj);
- un fel principal ce conţine o glucidă rea (orez alb, paste albe, cartofi);
- un desert ce conţine o glucidă rea (zahăr, făină albă).

În realitate, sunt posibile orice abateri, dar trebuie să înţelegeţi că toate micile abateri vor fi încasate de un organism care a fost o bună perioadă de timp în faza I şi se menţine în continuare acolo. Marile abateri sunt absorbite, cu condiţia ca frecvenţa lor să fie episodică.

Acul balanţei va trebui să servească drept indicator pentru a decide corecţiile. Dacă vedem că greutatea creşte, acest lucru se poate întâmpla din două motive: fie pancreasul nu a găsit încă un plafon de toleranţă acceptabil, fie frecvenţa abaterilor e prea mare. Cu puţin bun-simţ, măsurile potrivite vor fi luate în consecinţă.

În practică, gestiunea abaterilor e mult mai uşoară decât în teorie, căci consecinţa prea multor abateri nu se manifestă numai printr-un risc de îngrăşare. Este în general în planul formei, al rezistenţei, într-un cuvant: al vitalităţii, abaterile alimentare se măsoară mai bine. Din momentul în care mergem prea departe, percepem atât de repede consecinţele asupra organismului, că măsurile de corectare sunt luate automat, din instinct am putea spune.

REGULI GENERALE ALE FAZEI II

1. ***Nu faceţi niciodată mai mult de două abateri mici la aceeaşi masă***.

Exemple :

[34] Vezi cartea *Retete si meniuri Montignac,* care propune şase deserturi clasificate « abateri mici » şi paisprezece deserturi clasificate « abateri foarte mici ».

Acceptabile	Neacceptabile
2 pahare de vin Lapte de pasare îndulcit cu zahăr	1 aperitiv 2 pahare de vin Portie de orez cu carne

2. ***Nu luaţi niciodată mai mult de o masă pe zi care conţine o abatere mică.***
   Asta înseamnă că una din cele două mese principale va face parte din faza I extinsă.
3. ***Nu faceti niciodata mai mult de o masă din trei conţinând o abatere mare şi o masă din patru cuprinzând o abatere mare şi două mici***
   Exemple:

Masă cu o abatere mare	Masă cu o abatere mare plus două abateri mici
Avocado Colin, brocoli Tartă cu mere ** 1 pahar de vin	Stridii Peste + orez basmati* Profiterol** 2 pahare de vin *
* abatere mică ** abatere mare	

Exemple de meniuri din faza II

(* abatere mică ** abatere mare)

ZIUA nr. 1

Mic dejun

Fruct
Pâine integrală + gem fără zahăr
Margarină slabă
Cafea decofeinizată
Lapte degresat

Prânz

Avocado vinaigretă
Friptura fasole verde
Cremă caramel
*Băutură: 2 pahare de vin **

Cina

Supa de legume
Omletă cu ciuperci
Salată verde
Brânză de vacă scursă
Băutură: apă

ZIUA nr. 2
Mic dejun
Suc de portocale
*Croisante + brioşe***
Unt
Cafea + lapte

Prânz
Crudităţi (roşii + castraveţi)
File de cod la grătar
Spanac
Brânză
Băutură: doar 1 pahar de vin

Cina
Anghinare vinegretă
Ouă prăjite cu roşii
Salată verde
Băutură: apă

ZIUA nr. 3
Mic dejun
Fruct
Pâine integrală
Unt slab
Cafea decofeinizată
Lapte degresat

Prânz
*Aperitiv: **Apéricube**s + 1 pahar de vin alb**
Somon afumat
Pulpă de oaie cu fasole oloagă
Salată verde
Brânză
*Îngheţată**
*Băutură: 3 pahare de vin***

Cina
Supă de legume
Roşii umplute (vezi Reţete şi meniuri Montignac)
Salată verde

Brânză de vaci cu O % MG
Băutură: apă

Ziua nr. 4
Mic dejun
Ouă prăjite
Bacon
Cârnaţi
Cafea normală sau decofeinizată + lapte

Prânz
1 *duzină de stridii*
Ton la grătar cu roşii
*Tartă cu fragi ***
*Băutură: 2 pahare de vin**

Cina
Ciorbă de legume
Gratin de conopidă
Salată verde
Iaurt
Băutură: apă

ZIUA nr. 5 (ABATERE MARE)[35]
Mic dejun
Suc de portocale
Cereale sau brânză de vaci cu 0 % MG
Cafea normală sau decofeinizată + lapte degresat

Prânz
Pate de ficat de gâscă (foie gras)
Somon la grătar + orez basmati
*Cremă arsă***
*Băutură: 3 pahare de vin***

Cina
*Soufflé cu branza * Friptura***
Branza
*Ouă à la neige **

[35] Ziua nr. 5 nu este dată cu titlu de exemplu de meniuri. În nici un caz nu constituie o recomandare, mai ales în privinţa cantităţii de vin, care este excesivă, căci şase pahare înseamnă mai mult de jumatate de litru, deja considerat un maxim, de nedepăsit într-o zi. Acest tip de abatere va trebui sa fie excepţional.

*Bautura : 3 pahare de vin ***

ZIUA nr. 6 (INTOARCERE COMPLETA LA FAZA !)
Mic dejun
Pâine integrală
Brânză de vaci cu 0 % MG
Cafea sau cafea fără cofeină + lapte degresat

Prânz
Crudităţi (castravete, ciuperci, ridiche)
Cod în sos tomat
Brânză
Băuturi: apă, ceai

Cina
Supă de legume
Jambon alb
Salată verde
1 *iaurt*

ZIUA nr. 7
Mic dejun
Pâine integrală
Brânză de vaci cu 0 % MG + gem fără zahăr
Cafea normală sau fără cofeină
Lapte degresat

Prânz
Salată de andive
Antricot cu fasole verde
Fragi + smântână bătută fără zahăr
Băutură: 1 pahar de vin

Cina
Fructe: 1 portocală, 1 măr, 1 pară şi 150 g de zmeură
Băutură: apă

ZIUA nr. 8
Mic dejun
Pâine integrală
Unt slab

Cafea normală sau fără cofeină
Lapte degresat
Prânz
Cocktail de creveţi
Ton + vinete
Salată verde
Brânză
*Băutură: 2 pahare de vin**

Cina
Ciorbă de legume
Mâncare de linte
Fragi
Băutură: 1 pahar de vin

6

OBOSEALA: ŞI DACĂ AR FI ALIMENTAŢIA ?

Dacă ajungeţi într-o zi să consultaţi un medic pentru o problemă de oboseală, este improbabil ca el să procedeze la un interogatoriu alimentar şi încă mai improbabil să facă efortul de a căuta posibile carenţe în vitamine şi în săruri minerale. De asemenea, este o mică şansă să caute să identifice alegerile alimentare care pot declanşa, direct sau indirect, reduceri sensibile de tonus, generale sau trecătoare.

HIPOGLICEMIA: PREA SIMPLU PENTRU A NE GÂNDI !

Un automobilist este brusc nevoit să se oprească pe marginea drumului. Vehiculul său, cu toate că este aproape nou şi bine întreţinut, a rămas în pană. Remorcat până la garajul cel mai apropiat, el devine atunci, obiectul unui examen mecanic atent. Dar degeaba, căci nimic nu putea explica pana. La specialistul în marca respectivă, la care a fost transferat, sunt luate în considerare ipotezele cele mai extreme. L-au demontat, şi-au asumat riscul de schimba piese esenţiale, l-au montat la loc: nimic ! Şi apoi, enigma este în sfârşit clarificată: nu mai avea benzină. Diagnosticul hipoglicemiei este puţin, ca acela al penei de benzină: este prea simplu pentru a ne gândi la el.

În evul mediu, o parte din populaţie a început să se îngrămădească în oraşe cu străzi înguste, ocupate de grămezi de gunoaie şi excremente, în mijlocul cărora mişunau porcii, se înmulţeau rapid şobolanii şi se agitau muştele. Lepra, ciuma, febra tifoidă, holera, dizenteria decimau mare parte din populaţie, timp de secole, până într-o zi când, a apărut ideea că este posibil să fie o legătură de la cauză la efect şi că, câteva măsuri de igienă ar fi salutare. În acea vreme, acest teribil flagel era ceea ce se putea numi „bolile civilizaţiei” aşa cum, puţin mai târziu, vor fi bolile contagioase eruptive, tuberculoza sau sifilisul.

Dacă am face astăzi lista bolilor civilizaţiei moderne, vom putea nota printre altele, obezitatea, diabetul, cancerul, bolile cardio-vasculare şi chiar sida. Hipoglicemia, cu toate că este caracteristică vremurilor noastre, totuşi este de bunăvoie uitată. Şi, dacă se poate admite că este o afecţiune din care nu se moare, în schimb se poate afirma că ea împiedică, în mod dramatic, să trăiască pe cei care sunt afectaţi de ea.

CÂND SE VORBEŞTE DE HIPER SAU DE HIPOGLICEMIE ?

În capitolele precedente, am văzut că glucoza era carburantul organismului, acela de care aveau nevoie mai ales pentru funcţionare muşchii şi în special creierul. Absenţa ei ar provoca moartea, insuficienţa ei se poate traduce în diferite feluri şi în principal prin oboseală.

Ştim că glucoza trece în sânge şi că, concentraţia medie pe stomacul gol, este în jur de 1 g la litrul de sânge. Pentru a menţine concentraţia la nivelul său ideal, organismul face în mod succesiv apel la două surse de alimentare:

- glicogenul, care este în stoc tampon în ficat şi ţesuturile musculare;
- neoglucogeneza, care corespunde mai ales la o transformare a proteinelor în glucoză.

Atunci când concentraţia zahărului (glucozei) creşte, ceea ce este cazul după absorbţia glucidelor, organismul se află în hiperglicemie. Atunci când ea scade, adică devine mai mică de 0,6 g/l, organismul se află în hipoglicemie.

UN SIMPTOM POATE ASCUNDE UN ALTUL...

Dacă luăm un mic dejun compus din glucide bune, adică cele care au un IG scăzut, glicemia urcă rezonabil, de exemplu până la 1,25 g/l şi sub acţiunea unei secreţii slabe de insulină, ea descreşte progresiv, puţin sub valoarea normală şi se stabilizează din nou, rapid, la 1 g/l.

În schimb, dacă micul dejun este compus din glucide rele (pâine albă, miere, dulceaţă, zahăr...), vârful glicemiei va putea creşte, de exemplu până la 1,8 g/l. Secreţia pancreatică de insulină va fi atunci importantă, disproporţionată chiar dacă pancreasul nu este în stare bună. În acest caz, hiperinsulinismul va avea ca efect scăderea anormală a glicemiei, care va putea ajunge până la 0,45 g/l, provocând astfel, în circa trei ore după ingestie, o hipoglicemie.

Atunci când glicemia scade brutal, subiectul se va putea plânge de tulburări, asociind paloare, palpitaţii, transpiraţie, angoasă, tremur sau subit o foame foarte mare. La extremă, el va şti: este clasica indispoziţie hipoglicemică. Medicul consultat, după ce a efectuat probabil un bilanţ pentru a elimina orice alte posibilităţi de afecţiuni grave, va pune cu uşurinţă diagnosticul şi va da sfaturi pentru evitarea recidivelor. Majoritatea indivizilor la care s-a diagnosticat o hipoglicemie, vor avea tendinţa să creadă că se află în această stare pentru că, probabil, sunt lipsiţi de zahăr. Ori, este exact contrariul! Dacă indispoziţia intervine de exemplu la sfârşitul dimineţii, este sigur că apare ca urmare a unei absorbţii mult prea importantă de glucide „rele" la micul dejun, care a fost în esenţă compus din alimente hiperglicemiante. În alţi termeni, dacă ne găsim în hipoglicemie la ora 11 este pentru că la ora 8 am fost în hiperglicemie. De aceea această afecţiune se numeşte hipoglicemie reacţională. Paradoxal, abuzul zahărului este cel care produce un deficit, întotdeauna prin hipersecreţia de insulină interpusă. Un simptom poate ascunde un altul.

HIPOGLICEMIA FUNCŢIONALĂ

Cel mai adesea, glicemia coboară în mod progresiv şi atunci dă semne mai banale, pretându-se mai puţin la o diagnosticare uşoară: dureri de cap, căscat, scăderi de tonus, lipsă de concentrare, găuri de memorie, tulburări de vedere, frilozitate dar şi, în funcţie de fiecare individ, iritabilitate şi agresivitate.

Femeile par să fie mult mai sensibile şi manifestă uneori, într-un mod mai evident, anumite simptome: acela de frilozitate de exemplu. În mod curent se remarcă la birou că, mereu spre sfârşitul dimineţii, femeile simt nevoia de „a pune ceva" pe ele, în condiţiile în care temperatura nu s-a schimbat. Este uşor de remarcat, în anturajul lor familial sau profesional, că unele persoane devin treptat nervoase, instabile, chiar agresive, pe măsură ce ora obişnuită de masă soseşte.

În ceea ce priveşte căscatul şi alte stări de somnolenţă, pe care le afişează participanţii la şedinţe în întreprinderi, ele sunt de asemenea semne evidente.

O anchetă făcută în Franţa pe subiecţi ai accidentelor rutiere, a arătat că mai mult de 30 % dintre ele erau datorate unei pierderi a vigilenţei consecutivă unei scăderi a glicemiei.

De altfel, direcţiile de personal ştiu bine că accidentele de muncă (în uzine, pe maşini sau pe şantiere) sunt întotdeauna mai numeroase la anumite ore ale zilei. Ele sunt în mare parte, legate de o relaxare a atenţiei, probabil în raport cu o scădere anormală a glicemiei.

O origine alimentară...

Simptomele hipoglicemiei funcţionale fac frecvent parte din plângerile pacienţilor când îşi consultă medicul, gândind că sunt victime ale oboselii cronice sau insuficienţei circulatorii cerebrale. În realitate, aceste simptome nu sunt decât consecinţa indirectă a unor proaste obiceiuri alimentare: prea mult zahăr, prea multe paste şi orez albe, nu destule fibre.

Lung timp, s-a crezut că doar subiecţii care aveau tendinţă de îngrăşare puteau fi victimele hipoglicemiei. Studii realizate au arătat că toată lumea, deci şi slabii, pot să fie afectaţi. Diferenţa se află în planul metabolismului. Unii se îngraşă, alţii nu.

...un rău răspuns alimentar

Aşadar, se poate evidenţia eroarea stupidă care constă în a ciuguli glucide rele de fiecare dată când organismul se găseşte în hipoglicemie, aşa cum o cer simptomele foamei şi ale scăderii de tonus. Industriaşii agroalimentari nu au scăpat ocazia de a exploata această piaţă care aduce bani, propunând înfometaţilor bare de pseudo-ciocolate, compuse în proporţie de 80 %, din zaharuri şi alţi compuşi de glucoză.

În publicitatea cvasi mincinoasă care se face pe piaţă, unele firme merg chiar până la a evoca, în mod abuziv, „forma” (forma bună în care vei fi după ce consumi aceste produse), altele promit o veritabilă relansare a funcţiilor vitale („acesta reporneşte”) care nu este în realitate decât începerea unui nou ciclu (hiper/hipoglicemie), care constituie mijlocul ideal de fidelizare a clientului, printr-un adevărat cerc vicios.

Consumul de zaharuri, adesea între mese, are ca rezultat întreţinerea, dacă nu agravarea situaţiei. Creşterea glicemiei este la fel de rapidă şi puternică ca şi scăderea sa.

Este desigur, ciclul infernal în care se regăsesc toţi aceia ce sunt victimele ronţăielilor dintre mese. Stadiul extrem este natural, acela în care se complac americanii mâncând şi bând în permanenţă alimente hiperglicemiante (cola, hamburgheri, cartofi prăjiţi, pop-corn..), cu consecinţele hipoglicemice secundare care se cunosc. Dacă ei se opresc, acest lucru poate fi dramatic căci ei sunt cert, într-un sistem de dependenţă totală.

FORŢA DEPENDENŢEI ZAHĂRULUI ÎN AMERICA

Medicii americani cunosc ceea ce am numit *carbohidraţii cravers* (*carbohidraţii doriţi cu aviditate*), ceea ce înseamnă „toxicitatea glucidelor rele". Există chiar o întreagă literatură în SUA, care pune în evidenţă legătura strânsă între această „extremă dependenţă de zahăr" şi violenţă.

Numeroase studii, realizate mai ales în penitenciare, au arătat că cea mai mare parte a delicvenţilor erau hipoglicemici cronici. Unii autori merg chiar până acolo încât se gândesc că acest lucru explică marea criminalitate la anumite categorii sociale defavorizate, pe care mizeria îi conduce la o alimentaţie încă şi mai hiperglicemiantă decât a altora. Faptul că obezitatea este mai importantă la ei, se bazează pe aceeaşi logică.

Când alcoolul se vârâ

Trebuie să ştim de asemenea, că hipoglicemia este una din explicaţiile cele mai probabile ale alcoolismului. Atunci când o băutură alcoolică este băută pe stomacul gol, ea trece direct în sânge şi se manifestă imediat printr-o creştere a glicemiei. Glicemia generează automat, o importantă secreţie de insulină care va provoca o hipoglicemie reacţională. Ori, alcoolul, în mod particular la un alcoolic, împiedică eliberarea glucozei stocate în ficat (glicogen) slăbind posibilităţile neoglicogenezei. Deci, din două una: ori alcoolicul rămâne în hipoglicemie, ceea ce îi este psihic insuportabil, ori consumă o nouă cantitate de alcool pentru a ieşi din această stare.

Limbajul popular este în întregime semnificativ când vorbeşte de „băutură întăritoare". Noul pahar de alcool produce, ca efect, creşterea glicemiei şi provocă băutorului o imensă alinare. Se înţelege deci, eroarea stupidă care constă în a da să bea unui alcoolic pentru a-l sevra, sucuri de fructe sau băuturi îndulcite în loc de alcool, căci atâta timp cât hipoglicemia cronică nu va fi eradicată, individul se va afla în orice moment în situaţia de recidivă.

Adolescenţii care se „alimentează cu carburant" bând cola sau alte băuturi dulci, se află în realitate, în aceeaşi logică hiper/hipoglicemie şi acest lucru este probabil cel care explică de ce niciodată nu au fost aşa de limfatici[36] ca astăzi.

Aşa cum au arătat oamenii de ştiinţă americani şi francezi, cel mai grav este că adolescentul care a abuzat pe parcursul anilor de băuturi hiperglicemiante ajunge forţat, aproape să treacă la alcoolism. Un medic universitar din Washington ne-a raportat de curând că după părerea lui, în acest fel se explică recrudescenţa dramatică a alcoolismului în campusurile americane.

În Franţa, adolescenţii de 15 ani, care au adunat ceva „beţii" la activ sunt în număr mare iar educatorii o ştiu bine. Se povesteşte că, într-un orăşel de provincie unde se găseşte un mare internat particular, autorităţile locale aduc înapoi la colegiu în mod regulat, miercuri seara, tineri elevi ridicaţi într-o stare de ebrietate avansată. În cele mai bune cazuri, se mulţumesc să înăbuşe afacerea. Trebuie să spunem că, dacă cineva se hazardează să

[36] **Limfatic** = care suferă de limfatism. (fr. lymphatique) **; Limfatism** = stare patologică (frecventă la copii) caracterizată prin mărirea volumului organelor limfatice şi însoţită de paloare, lipsă de energie, slabă rezistenţă la infecţii.

descopere adevăratul responsabil: „deriva alimentară a societăţii noastre”, nu va avea parte decât de râsete şi ridicări din umeri.

Nu stinghereşte faptul că „setea de astăzi”, aceea a tinereţii noastre, aceea a lumii de mâine este stinsă cu băuturi care creează o adevărată dependenţă şi că cola-dollars poate fi fără nici un fel de inconvenient spălată de investiţii în publicitate de prestigiu sau în strategii de piaţă de geniu.

Repercursiunile meselor greşit concepute

Scăderea tonusului de după masă, este o veritabilă obsesie pentru toţi cei ce muncesc. Eh bine, trebuie să ştim că această somnolenţă post prandială, cum o numesc medicii, este semnul unei hipoglicemii! Aceasta este consecinţa directă a modului deplorabil în care a fost organizată masa şi „sandwichiul-bere” este cert ilustrarea cea mai aberantă. Contrar a ceea ce mulţi oameni gândesc, vinul nu este obligatoriu responsabil de somnolenţă ci maniera în care a fost băut: pe stomacul gol. De altfel, trebuie ştiut că alcoolul potenţează efectul zaharurilor, ceea ce explică că absorbit cu alimente hiperglicemiante (pâine albă, cartofi, paste, pizza...) el generează mai rapid o hipoglicemie. De aceea vinul nu vă „taie picioarele” în alt fel decât un kir, o bere, o sangria sau un whisky-cola, mai ales luat pe nemâncate.

Ceea ce trebuie reţinut este că o mare parte din oboselile cronice sau trecătoare (căderi de tonus), ale căror victime sunt contemporanii noştri, sunt legate de hipoglicemii consecutive unei alimentaţii greşite.

Se ştie de altfel că şi factorii emoţionali pot acţiona asupra glicemiei şi produc o slăbire a vigilenţei, provocând o secreţie anormală de adrenalină sau de insulină care produce o hipoglicemie.

Factorul individual

Înainte de a termina acest capitol, este important să precizăm că hipoglicemia (şi simptomele ei) este o noţiune relativă, legată de o sensibilitate individuală. Aţi remarcat desigur, că într-un loc în care domneşte o temperatură constantă, unele persoane se acoperă pe când altele se descoperă. Acest lucru înseamnă că la o temperatură egală, unora le este frig în timp ce altora le este prea cald. În aceeaşi manieră, nutriţioniştii au admis, în sfârşit, ideea potrivit căreia fiecare individ are un sistem de termoreglare care îi este propriu şi că o raţie alimentară care satură pe unul poate lăsa înfometat pe altul.

În materie de hipoglicemie, este acelaşi lucru. Adică apariţia simptomelor este o noţiune biologică foarte relativă de la un individ la altul. Anumite persoane sunt pe cale să-şi piardă cunoştinţa (să intre în comă hipoglicemică) cu 0,7 g/l de zahăr în sânge, în timp ce alţii se vor simţi perfect bine cu 0,5 g/l. De aceea este mereu foarte dificil să se determine la ce nivel parametric se situează factorii de declanşare.

De altfel, indispoziţia resimţită la început, poate să fie datorată unei secreţii de adrenalină legată de exemplu, de un stres. Dacă se dozează în acel moment glicemia, ea este

normală. În schimb, câteva ore mai târziu, ea ar putea fi scăzută şi deci responsabilă de persistenţa stării de oboseală.

Şcoala ştiinţifică modernă, prin esenţă riguroasă şi nu se poate decât felicita pentru acest lucru, are totuşi defectul de a nu accepta un fenomen ca şi corect din punct de vedere ştiinţific, decât dacă el a putut fi verificat statistic, în acelaşi mod, la o populaţie importantă de subiecţi, căci ea pleacă de la postulatul potrivit căruia toţi indivizii sunt identici. Ceea ce se verifică la unul, trebuie obligatoriu să se verifice şi la altul. (De altfel, în virtutea acestui principiu de bază, homeopatia – totuşi admisă ca o terapeutică eficace în numeroase afecţiuni- nu a fost niciodată oficial recunoscută. Ea este chiar respinsă, mereu din principiu, de autorităţile medicale, în ciuda practicării sale de către medic şi de recunoaşterea ei de către Securitatea socială. Homeopatia nu poate face obiectul nici unei „probe" în măsura în care ea scăpă de sub controlul ştiinţific clasic, căci ea este fondată prin natură pe sensibilitatea individuală.) Toată lumea recunoaşte astăzi că variaţia glicemiei sanguine explică majoritatea simptomelor pe care le-am definit, dar unii, din principiu, se opun încă la stabilirea în mod oficial, a corelaţiei dintre ele, în măsura în care valorile de declanşare sunt variabile de la un individ la altul.

Bunul simţ, observaţia şi experienţa vor conduce la acceptarea ei.

CELELALTE CAUZE ALE OBOSELII

GREŞITELE ALEGERI ÎN MACRONUTRIMENTE

Oboseala poate fi cauzată de un aport insuficient de proteine. Un regim prea restrictiv sau neechilibrat, poate avea ca efect lipsirea de proteine. Această carenţă relativă, produce mai multe consecinţe:

- îngrăşarea, din cauza tulburărilor metabolice;
- topirea musculară, de unde o senzaţie de oboseală la cel mai mic efort;
- încetinirea creşterii la copii.

Un exces de lipide, ca şi consecinţă a unei mese, poate de asemenea să producă o scădere a tonusului. Excesul de grăsimi încetineşte considerabil digestia, care poate dura 4 până la 5 ore. De aceea o senzaţie de greutate gastrică neplăcută şi apariţia unei somnolenţe.

CARENŢELE ÎN MICRONUTRIMENTE

Un deficit de vitamina B poate de asemenea produce apariţia unei stări de oboseală. Aceasta se remarcă în special la alcoolici, la femei însărcinate care vomează şi la sportivi.

Ştiţi ca vitamina B, solubilă în apă, rămâne în apa în care au fost fierte legumele şi feculentele, deci ar fi de dorit să o păstrăm pentru a face o supă.

Alte cauze ale oboselii datorate unei carenţe în micronutrimente:

- scăderea concentraţiei sanguine de vitamina B9 (sau acidul folic), ceea ce este adesea cazul femeii gravide şi bătrânilor;
- o carenţă în vitamina B12, ceea ce se remarcă curent la vegetarieni;

- deficitul în vitamina C, care este preponderent la fumători sau la persoanele care nu mănâncă destule fructe sau crudităţi. Această carenţă favorizează infecţiile şi împiedică absorbţia fierului;
- magneziul ingerat în cantitate insuficientă, favorizează spasmofilia şi ne face mai vulnerabili la stres;
- carenţa în fier, foarte frecventă la femei, este sursă de anemie, de infecţii şi de oboseală;
- carenţa în antioxidanţi (betacaroten, vitaminele C şi E, zinc şi seleniu) împiedică lupta împotriva radicalilor liberi, responsabili de o îmbătrânire precoce, de boli cardio-vasculare şi de cancer.

GREŞITA GESTIUNE A BĂUTURILOR ALCOOLICE

Modul în care bem o băutură alcoolică poate avea incidenţă asupra vitalităţii. De aceea, nu trebuie niciodată băută pe stomacul gol căci acest lucru favorizează cefalee, vertij sau accidente diverse (de muncă, de circulaţie). Excesul de alcool în timpul meselor conduce la aceleaşi tulburări.

Femeia are o mai mare sensibilitate decât bărbatul pentru o aceiaşi doză de alcool, căci ea are un echipament enzimatic mai puţin performant pentru a-l putea degrada.

În secundar, alcoolul favorizează o deshidratare prin creşterea diurezei şi a transpiraţiei. Ori, o deshidratare de 1 % diminuează cu 10 % forţa musculară. Dacă se atinge 2 %, forţa musculară este scăzută cu 20 %... De unde o senzaţie de oboseală anormală chiar în lipsa unei activităţi fizice intense.

HIPERSENSIBILITATEA LA POLUAREA ALIMENTARĂ

Nu se cunosc bine efectele asupra organismului, ale absorbţiei cronice, în timpul zecilor de ani, de pesticide, erbicide, fungicide, nitraţi, reziduuri de antibiotice, plumb şi mercur.

Totuşi, s-au întâlnit deja cazuri de intoxicaţie cu beta-agoniste ale organelor, alergii la unii coloranţi, fără a vorbi de diarei datorate salmonelei şi de câteva rare epiemii de listerioză sau de trichinoză. În toate cazurile pomenite, simptomele se traduc de asemenea printr-o anumită oboseală.

De aceea este important să alegem, dacă este posibil, alimente provenind din agricultura biologică: ele sunt mai bogate în micronutrimente şi lipsite de produse chimice nedorite.

TABELUL VITAMINELOR

Vitamina	Rolul	Surse	Riscuri de carenţe acumulate în caz de...	Semne de carenţă
A **retinol**	Creştere Vedere Starea pielii	Ficat, gălbenuş de ou, lapte, unt, morcovi, spanac, roşii, caise	Tabagism Alcoolism Contracepţie orală Hepatită virală Tratament cu barbiturice	Tulburări ale vederii nocturne, sensibilitate la reverberaţie, uscări ale pielii, intoleranţă cutanată la soare, sensibilitate la infecţii ORL
provitamina A **betacaroten**	Protecţie contra bolilor cardio-vasculare, îmbătrânirii şi cancerului	Morcovi, creson, spanac, mango, pepene galben, caise, brocoli, piersici, unt		
D **calciferol**	Mineralizarea scheletului şi dinţilor Metabolismul fosfocalcic	Ficat, ton, sardine, gălbenuş de ou, ciuperci, unt, brânză Expunere la soare	Absenţa expunerii la soare Abuz de cremă solară cu ecran total Cantonament în interior (mai des persoanele în vârstă)	Copil: rahitism Persoane în vârstă: osteomalacie (+osteoporoză) = demineralizare osoasă
E **tocofenol**	Acţiune antioxidantă împotriva radicalilor liberi şi protecţia acizilor graşi polinesaturaţi Protecţie cardio-vasculară şi prevenirea unor cancere	Uleiuri, alune, migdale, cereale complete, lapte, unt, ouă, ciocolată neagră, pâine completă		Oboseală musculară, riscuri de accidente cardio-vasculare, îmbătrânire cutanată
K **menadiona**	Coagulare sanguină	Fabricată de bacterii ale colonului Ficat, varză, spanac, ouă, brocoli, carne, conopidă	Tratament antibiotic de lungă durată Abuz de laxative Naştere prematură	Accidente hemoragice
B1 **tiamina**	Funcţionarea neuromusculară Metabolismul glucidelor	Drojdia uscată, germeni de grâu, porc, organe, peşte, cereale complete, pâine completă	Alimentaţie hiperglicemiantă Diabet Alcoolism Sarcină Tratament cu diuretice	Oboseală, iritabilitate, tulburări de memorie, lipsă de apetit, depresii, slăbiciuni musculare
B2 **riboflavina**	Metabolismul glucidelor, lipidelor şi protidelor Respiraţia celulară Vederea	Drojdia uscată, ficat, rinichi, brânză, migdale, ouă, peşte, lapte, cacao	Alcoolism Neconsumarea de lactate şi brânzeturi	Dermite seboreice, acnee rosacee, fotofobie, păr fragil şi tern, leziuni: buze, limbă Perles (zabalute)
PP **sau vitamina B3**	Furnitură de energie prin oxidoreducţie	Drojdia uscată, tărâţe de grâu, ficat, carne, rinichi,	Alcoolism Tratament antiparkinsonian	Oboseală, insomnie, anorexie, stare depresivă, leziuni ale pielii

sau niacina sau acid nicotinic		peşte, pâine completă, curmale, legume uscate, flora intestinală	Regim vegetarian Abuz de porumb	şi ale mucoaselor
B5 acid pantotenic	Intervine în numeroase metabolisme energetice Menţine pielea, mucoasele, părul	Drojdia uscată, ficat, rinichi, ouă, carne, ciuperci, cereale, leguminoase	Alcoolism Abuz de conserve şi de alimente congelate	Oboseală, dureri de cap, greţuri, vărsături, tulburări caracteriale, hipotensiune ortostatică, căderi de păr
B6 piroxidina	Metabolismul proteinelor Sinteza lecitinei Intervin în 60 sisteme enzimatice	Drojdia uscată, germeni de grâu, soia, ficat, rinichi, carne, peşte, orez complet, avocado, legume uscate, pâine completă	Contracepţie prin „pilulă” Alcoolism	Oboseală, stare depresivă, iritabilitate, vertij, greţuri, leziuni ale pielii, dorinţă de dulciuri, dureri de cap datorate glutamatelor
B8 sau vitamina H sau biotina	Participă la multiple reacţii celulare	Flora intestinală, drojdia uscată, ficat, rinichi, ciocolată, ouă, ciuperci, pui, conopidă, leguminoase, carne, pâine completă	Tratament antibiotic prelungit Abuz de ouă crude	Oboseală, lipsă de apetit, greţuri, oboseală musculară, piele grasă, căderi de păr, insomnie, depresie, tulburări neurologice
B9 acid folic	Metabolismul proteinelor Fabricarea celulară	Drojdia uscată, ficat, stridii, soia, spanac, creson, legume verzi, legume uscate, pâine completă, brânză, lapte, germeni de grâu	Alcoolism Sarcină Persoane în vârstă Numeroase medicamente Fierberea alimentelor Anemie	Oboseală, tulburări de memorie, insomnie, stare depresivă, confuzii mentale (bătrâni), întârzieri de cicatrizare, tulburări neurologice
B12 cianocobalamina	Sinteza globulelor roşii Reacţii enzimatice Stare bună a celulelor nervoase şi a pielii	Ficat, rinichi, stridii, hering, peşte, carne, ouă	Regim vegetarian Carentă în cobalt	Oboseală, iritabilitate, paloare, anemie, lipsă de apetit, tulburări de somn, dureri neuromusculare, tulburări de memorie, depresii
C acid ascorbic	Roluri metabolice multiple, tisulare sau celulare (absorbţia fierului), capcană/cursă a radicalilor liberi Formarea colagenului şi a ţesutului conjunctiv Formarea anticorpilor Sinteza L-carnitinei Lupta împotriva stresului	măceşe, coacăze, pătrunjel, kiwi, brocoli, legume verzi, fructe (citrice), ficat, rinichi	Tabagism Neconsumarea fructelor şi legumelor crude Regim macrobiotic Stres Infecţii trenante/persistente	Oboseală, somnolenţă, lipsă de apetit, dureri musculare, slabă rezistenţă la infecţii, suflu greu la efort

7

PREVENIREA BOLILOR CARDIO-VASCULARE

Cetăţenii moderni (bărbaţii mai mult decât femeile) constituie statistic o populaţie cu un mare risc în ce privesc bolile cardio-vasculare. În fiecare an în Franţa, se numără efectiv, circa 110 000 de infarcturi şi 50 000 de decese, imputabile ateromului[37] coronarian. Cu toate acestea, chiar dacă cifrele sunt mari raportat la populaţie, Franţa se află în coada plutonului, înaintea Japoniei care prezintă scorul cel mai scăzut. Are deci, de trei ori mai puţine cazuri decât în SUA, de patru ori mai puţine decât în Finlanda (ţara cea mai expusă) şi se situează în urma Regatului-Unit, Canadei, Norvegiei şi Germaniei.

Dacă hipercolesterolemia este un factor de risc pe care numeroase studii l-au pus în evidenţă, el nu este totuşi mult mai important decât tabagismul, hipertensiunea arterială, ereditatea, diabetul, „şi tot ceea ce noi fără îndoială ignorăm încă", spun specialiştii. Toată lumea ştie că bolile cardio-vasculare sunt cauzele cele mai frecvente ale mortalităţii în lume. Dar, cum îi place să remarce profesorului Apfelbaum, se ignoră adesea că vârsta medie a decesului prin boală cardio-vasculară se situează între 70 şi 75 de ani, adică destul de aproape de speranţa medie de viaţă actuală.

RISCUL VASCULAR ESTE DIFERIT LA BĂRBAT ŞI LA FEMEIE

La bărbat el se situează adesea între 35 şi 55 de ani. În ceea ce priveşte femeia, ea dispune de o protecţie hormonală până la menopauză. Doar acelea care nu urmează un tratament hormonal sunt expuse. Riscul nu devine clar decât la circa 70 de ani, o dată cu îmbătrânirea arterială.

De altfel, toate studiile internaţionale arată că acolo unde s-a reuşit reducerea colesterolului ca factor de risc, mortalitatea prin infarct miocardic a fost redusă, dar cel mai surprinzător este că mortalitatea totală nu s-a diminuat tot atât.

Acest caz se petrece în SUA, unde după 1985, o vastă campanie anticolesterol a fost lansată şi a ajuns astăzi la comportamente care merg până la isterie şi paranoia, aşa cum doar americanii ştiu să declanşeze. Toate modalităţile pentru reducerea procentului ridicat al bolilor cardio-vasculare au fost puse în practică în această ţară. „La fiecare 90 secunde un american murea de o criză cardiacă", sublinia doctorul Lenfant. Căci acolo, trebuie să ştim, 40 milioane de adulţi au o concentraţie a colesterolului mult superioară celei normale.

Alegând din zeci de asociaţii profesionale medicale, companii de asigurare, industrii farmaceutice şi agroalimentare, s-a creat un comitet de experţi însărcinaţi să decreteze „recomandări". Aceste sfaturi au fost difuzate cu sprijinul mass-mediei diferitelor grupuri de

[37] **Aterom:** Colesterolul este componenta majora a plăcii de aterom care apare în peretele arterial cauzând cardiopatie ischemica. Când este în exces, colesterolul este depozitat în peretele arterial, încorporat în celule speciale care îngustează peretele arterial. Aceste îngroşări bogate în colesterol, sunt acoperite de zone modificate si poarta numele de placa de aterom

populaţie. Broşurile destinate educaţiei pacienţilor au fost distribuite prin intermediul a 150000 de doctori. Au fost ţinute cursuri speciale dieteticienilor şi infirmierelor, ca şi profesioniştilor în domeniul sănătăţii.

Această vastă campanie intitulată „Know your cholesterol numbers" ("cunoaşteţi concentraţia voastră de colesterol") a influenţat, obligatoriu, obiceiurile vieţii americane. Trebuie să spunem că, în paralel, industria alimentară a fost presată să exploateze această nouă piaţă a „no cholesterol" (fără colesterol). Tot ceea ce conţinea cea mai mică proporţie de grăsime a fost debarasată de acest intrus. Untul, care se numeşte de acum încolo „I can`t believe it`s not butter" („eu nu pot să cred că acesta nu este unt") a atins imaginea celebrului său văr Canada Dry: acesta pare unt, are gust de unt, dar nu este unt. Este pur şi simplu, un produs sintetic în plus, care ţine loc de pseudosubstituit.

Mezelurile şi brânza, între alte preparate, fac obiectul aceloraşi „traficotaje" industriale. Grăsimile sunt eliminate şi se reconstituie produsul pentru a-i da o faţă bună, cu avantajul pentru consumator de a avea acelaşi gust al grăsimilor.

Profesorul Slama crede că organismul uman nu se va lăsa păcălit fără a reacţiona într-un mod sau în altul, motiv pentru care condamnă aceste practici manipulatoare. Când se cunoaşte complexitatea multiplelor mecanisme care se pun in practică la momentul ingestiei unui aliment plecând de la gustul său (neurotransmiţători, hormoni, enzime), ne putem teme de cele mai grave dereglări metabolice.

De altfel, în ochii noştri de francezi, aceste practici sunt mai suspecte decât alimentaţia tradiţională, autentică şi gastronomică în surplus, iar ţara noastră este printre cele mai bune în lume în statisticile de mortalitate coronariană.

Dar aceasta nu este o cauză suficientă pentru a neglija hipercolesterolemia. Fără a face o temă de natura obsesională precum SUA, se cuvine totuşi să măsurăm obiectiv implicaţiile pentru sănătatea noastră şi să vedem ce precauţii de ordin alimentar trebuie să adoptăm pentru a o preveni.

COLESTEROLUL, „ESTE BUN PENTRU SĂNĂTATE" !

Colesterolul nu este obligatoriu intrusul pe care îl credem. Este din contră, o substanţă indispensabilă în organismul nostru.

Trebuie să precizăm de altfel, că el are două origini: 75 % din colesterol este sintetizat prin ficat, adică fabricat de organismul-însuşi şi 25 % doar vine din alimentaţie. Altfel spus, puteţi foarte bine avea un regim alimentar fără nici un aport exterior de colesterol (dacă nu mâncaţi decât morcovi cu apă, de exemplu) şi vă regăsiţi cu o concentraţie de colesterol sanguin ridicat şi critic din alte cauze. Este ceea ce spune profesorul Apfelbaum : „colesterolul alimentar şi colesterolul sanguin nu au decât o foarte slabă legătură şi la unele persoane e nulă".

Colesterolul este efectiv o moleculă indispensabilă la fabricarea membranelor celulelor, a unor hormoni şi a bilei. În sânge, el este transportat prin proteine care îi servesc post de „transportator". Există două categorii:

• ***Lipoproteinele de slabă densitate***, sau **LDL** (low density lipoproteins). Ele distribuie colesterolul la celule şi mai ales la cele ale pereţilor arteriali care sunt victimele depozitelor de grăsime. Colesterolul LDL a fost deci botezat „colesterolul rău", căci în timp se depune în interiorul vaselor sanguine care se îmbâcsesc. Aceste obturaţii ale arterelor pot produce un accident cardio-vascular:

- având în vedere o arterită a membrelor inferioare;
- având în vedere o angină pectorală sau un infarct miocardic;
- având în vedere un accident vascular cerebral putând produce eventual, o paralizie.

• ***Lipoproteinele de slabă densitate***, sau **HDL** (high density lipoproteins). Ele conduc colesterolul până la ficat pentru a fi eliminat. Colesterolul HDL îl numim „colesterolul bun", deoarece nu produce nici un depozit vascular. El are, din contră, proprietatea de a curăţa arterele de depozite ateromatoase. Se înţelege astfel că, cu cât concentraţia HDL este mai ridicată, cu atât riscul de accidente vasculare este mai mic.

DOZAJELE SANGUINE

Normele actuale sunt mult mai mici în comparaţie cu cele care au fost utilizate timp de mulţi ani. Trei noţiuni trebuie să fie reţinute:

1. Colesterolul total trebuie să fie inferior sau egal cu 2 g la litrul de sânge;
2. Colesterolul LDL trebuie să fie inferior lui 1,3 g/l;
3. Colesterolul HDL trebuie să fie superior lui 0,45 g/l la bărbat şi 0,55 g/l la femeie.

RISCURILE CARDIO-VASCULARE

Riscurile cardio-vasculare sunt multiplicate de două ori dacă concentraţia de colesterol este de 2,2 g/l şi de 4 ori dacă este mai mare de 2,6 g/l. Cu toate astea, se poate observa că 15 % din infarcturi survin la subiecţi având un procentaj de colesterol mai mic de 2 g/l. De aceea această noţiune nu are decât o semnificaţie total relativă.

Ceea ce este cel mai important, este dozajul LDL şi HDL, dar mai ales raportul între colesterolul total şi HDL, care trebuie în mod imperativ să fie mai mic de 4,5.

45 % din francezi au concentraţii mai mari decât cele normale şi aproximativ 8 milioane din contemporanii noştri au un colesterol total mai mare de 2,5 g/l. Ori, când se ştie că scăderea colesterolul cu 12,5 % permite diminuarea cu 19 % a ratei infarcturilor miocardice, există tot interesul pentru a lua această problemă în serios.

IMPERATIVELE NUTRIŢIONALE DE PUS ÎN PRACTICĂ

În caz de hipercolesterolemie, medicul va putea prescrie anumite medicamente, dar acestea trebuie să rămână de ultima opţiune. O bună gestiune a alimentaţiei va fi, în majoritatea cazurilor, suficientă.

Iată deci sfaturile pe care puteţi să le urmaţi pentru a produce diminuarea concentraţiei de colesterol în cazul când este prea mare dar şi pentru a preveni creşterea lui.

1. PIERDEREA ÎN GREUTATE

S-a putut constata că slăbirea (în caz de suprasarcină ponderală) ar conduce în cea mai mare parte din cazuri la o ameliorare a tuturor parametrilor biologici. Desigur, diminuarea concentraţiei colesterolului apare cel mai repede, cu condiţia totuşi, de a nu consuma lipide rele în exces.

2. LIMITAREA APORTULUI ALIMENTAR ÎN COLESTEROL

Anumite alimente conţin o concentraţie ridicată de colesterol; este cazul gălbenuşului de ou şi organelor. Mult timp OMS (Organizaţia Mondială de Sănătate) a recomandat să nu se depăşească un aport zilnic de colesterol de 300 mg. Ori, lucrări realizate aceşti ultimi ani, au dovedit că, paradoxal, acest aspect al dieteticii era secundar şi că un aport alimentar de 1000 mg de colesterol pe zi nu produce decât o creştere de aproximativ 5 % a colesterolemiei.

Publicaţiile din domeniu, au arătat că ouăle aveau un efect mult mai puţin important decât cel care s-a crezut mult timp. Se pare efectiv că, cantitatea importantă de lecitină care o conţin ouăle neutralizează conţinutul lor în colesterol.

Se va putea deci neglija cantitatea de colesterol conţinută în alimente, dar în schimb, va trebui să se ţină cont de gradul de saturaţie al acizilor graşi ingeraţi.

3. ALEGEREA LIPIDELOR

Am văzut, în capitolul privitor la compoziţia nutriţională a alimentelor, că grăsimile trebuie să fie clasate în trei categorii.

Grăsimile saturate şi acizii graşi „trans"

Sunt cele pe care le găsim în carne, mezeluri, ouă, lapte, lactate, brânză şi ulei de palmier, dar astăzi şi în biscuiţi, prăjituri şi fursecuri sub formă de acizi graşi „trans".

Aceste grăsimi cresc teoretic concentraţia colesterolului total şi mai ales colesterolului LDL, cel care se depune pe pereţii arterelor şi favorizează accidentele vasculare.

În ceea ce priveşte păsările de curte, cu condiţia să nu se consume pielea, concentraţia lor în grăsimi saturate este slabă. Consumul lor va avea deci un efect mic asupra creşterii colesterolemiei.

Grăsimile polinesaturate de origine animală sau vegetală

• **Acizii graşi polinesaturaţi de origine animală** sunt în special conţinuţi în grăsimea de peşte. S-a crezut mult timp că eschimoşii, care consumau o hrană compusă în esenţă din grăsimi de peşte, nu erau predispuşi la bolile cardio-vasculare din cauze genetice. S-a înţeles, că de fapt natura hranei lor era cea care constituia cel mai bun factor de prevenire.

Consumul de grăsimi de peşte (omega 3) are ca efect scăderea colesterolului LDL şi a trigliceridelor dar ele au efect de asemenea, asupra fluidizării sângelui, de unde rezultă un risc mai mic de tromboză. Se înţelege astfel că, contrar a ceea ce s-a putut crede mult timp, cu cât peştele este mai gras cu atât are o acţiune mai benefică asupra colesterolului. Trebuie deci încurajat consumul de somon, ton, scrumbie, anşoa şi hering.

• **Acizii graşi polinesaturaţi de origine vegetală** se găsesc în uleiurile de floarea soarelui, de rapiţă, de nuci şi de sâmburi de struguri.

Ele au fost mult timp preferate pentru că produceau scăderea colesterolului total. Apoi s-a observat că produceau scăderea colesterolului LDL (ceea ce este de dorit), dar diminuau totodată colesterolul HDL, ceea ce nu este bine. Ele sunt şi foarte sensibile la oxidare şi se ştie că un ulei oxidat este periculos pentru artere.

La fel, transformate în margarină agravează riscul; un studiu efectuat pe 17 000 infirmiere americane a arătat că margarinele cu grăsimi hidrogenate favorizează depozitarea grăsimilor în vasele sanguine, în măsura în care ele conţineau in esenţă acizi graşi „trans".

Grăsimile mononesaturate

Sunt acelea pe care trebuie să le preferăm. Cel mai bun este acidul oleic, pe care îl găsim mai ales în uleiul de măsline şi uleiul de rapiţă.

Se poate spune că uleiul de măsline este campionul tuturor categoriilor de grăsimi, exercitând o acţiune benefică asupra colesterolului. El este efectiv singurul care reuşeşte să producă scăderea colesterolului rău (LDL) şi creşterea colesterolului bun (HDL). Unele persoane au înţeles că tonul în ulei de măsline devine aşadar, un veritabil antidot împotriva colesterolului.

De acum înainte, ştim şi că grăsimile de gâscă şi de raţă, mai ales de la subiecţii care sunt îngrăşaţi pentru a produce ficatul (foie gras), aparţin de asemenea acestei categorii de acizi graşi mononesaturaţi. Ficatul (foie gras), pieptul şi alte delicatese de gâscă şi de raţă pot fi deci consumate cu conştiinţa împăcată căci au un efect benefic asupra sistemului cardio-vascular.

4. CREŞTEREA RAŢIEI ÎN FIBRE ALIMENTARE

Prezenţa fibrelor în tubul digestiv ameliorează efectiv metabolismul lipidelor.

La fel, s-a putut remarca că ingestia regulată de pectine (mâncând de exemplu mere) produce o scădere sensibilă a concentraţiei colesterolului, ceea ce este de asemenea valabil pentru toate fibrele solubile, precum şi pentru gumele din fasolea albă sau pentru acelea conţinute de alge (alginatele).

5. BEŢI PUŢIN DE VIN

Profesorul Masquelier, apoi profesorul Renaud au arătat că alcoolul creşte concentraţia „colesterolului bun" (HDL) şi că polifenolii pe care îi conţine protejează pereţii vaselor.

Statisticile dovedesc într-un mod evident, că ţările a căror populaţie bea regulat vin (Franţa, Italia, Spania, Grecia...) sunt printre cele a căror mortalitate datorată bolilor cardio-vasculare este cea mai scăzută.

6. AMELIORAREA IGIENEI DE VIAŢĂ

Stresul, tabagismul şi sedentaritatea au şi ele o acţiune negativă asupra colesterolului şi arterelor. Se impune deci, o mai bună igienă de viaţă, nu doar ca măsură curativă, ci şi ca măsură preventivă.

REGIMUL MEDITERANEAN

El constituie cea mai bună prevenire cardio-vasculară posibilă, căci asociază:
- mult peşte (mai puţină carne);
- legume şi în special ceapă şi iarbă grasă[38];
- leguminoase (fasole albă, linte, bob, năut);
- fructe: citrice şi fructe oleaginoase (nuci);
- pâine bogată în fibre;
- lactate fermentate (iaurt), lapte de capră;
- usturoi;
- ulei de măsline (mai puţin unt);
- vin.

Creta, a cărei populaţie consumă vin şi mult ulei de măsline este regiunea Europei unde procentul bolilor cardio-vasculare este cel mai scăzut.

7. GÂNDIŢI-VĂ SĂ REDUCEŢI HIPERINSULINISMUL

Numeroşi practicieni americani sunt miraţi de faptul că evitarea grăsimilor la pacienţii lor atinşi de hipercolesterolemie, nu produce în mod obligatoriu o reducere substanţială a colesterolului lor.

S-a putut în schimb demonstra că adoptarea unei alimentaţii pe bază de IG scăzut, conduce la prevenirea hiperinsulinismului, producând invariabil o reglare optimă a parametrilor sanguini (colesterol, trigliceride) atunci când paradoxal, consumul de grăsimi şi de colesterol alimentar nu era diminuat. În unele cazuri, ea producea aceeaşi creştere.

Este constatarea statistică care s-a putut face asupra pacienţilor doctorului Morrison C. Bethea, cirurg în cardiologie la Mercy-Baptist Hospital din New-Orleans, după ce a adoptat metoda M în serviciul său.

Profesorul Dumensil raportează aceleaşi observaţii într-un mare studiu comparativ făcut asupra metodei M. publicat în noiembrie 2001 în revista ştiinţifică *The British Journal of Nutrition* (vezi anexa II).

---

[38] **Iarbă grasă** (Portulaca oleracea) = este o mică plantă cu frunze groase şi cărnoase, comună în partea meridională a Europei. Consumată în salată, este la baza regimului cretan, pe care l-am citat ca exemplu pentru binefacerile asupra sănătăţii: cretanii sunt cei mai puţin sensibili la boli cardio-vasculare. Este foarte bogată în acizi graşi polinesaturaţi omega 3 (mai ales acidul alfalinolenic), în antioxidanţi (vitamina C, betacaroten, vitamina E, glutation).

8. PREVENIREA EXCESULUI DE TRIGLICERIDE ÎN SÂNGE

Această anomalie, chiar izolată, este acum recunoscută în întregime ca un factor de risc cardio-vascular. Ea este datorată, cel mai des, unui exces de alcool sau de zahăr.

În plan practic, trebuie deci:

- să se mănânce adesea peşte gras;
- să se consume glucide cu IG scăzut;
- să se evite dulciurile şi băuturile alcoolice.

Profesorul Dumensil raportează în studiul său asupra metodei M. că trigliceridele se pot diminua cu 35 % în 6 zile de la adoptarea principiilor metodei.

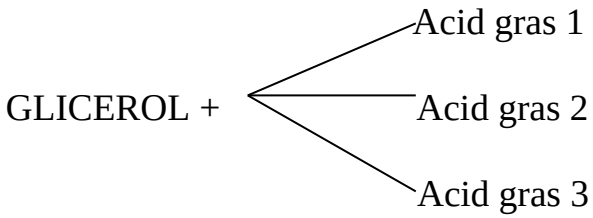
CEEA CE TREBUIE SĂ ŞTIM

După părerea profesorului Serge Renaud, specialist în lipide şi director de cercetare la INSERM, anumite studii tind să arate că în brânză, acizii graşi saturaţi responsabili de colesterol formau cu calciul săruri insolubile care nu erau bine absorbite la tranzitarea intestinului. Existau aşadar, mult mai puţine riscuri de creşte colesterolul mâncând brânză, decât s-a crezut până atunci.

Alte lucrări arată, de asemenea, că fermentaţia brânzei din lapte crud care se face natural, conduce la o reală transformare a naturii grăsimilor. Structura moleculară a grăsimilor saturate este efectiv modificată şi este în măsură de a neutraliza complet absorbţia intestinală. Deci brânza tradiţională din lapte crud nu ar avea nici un efect pervers asupra sistemului cardio-vascular.

Modificarea lipidelor prin fermentaţie

Grăsimile alimentare (lipidele) sunt formate 98 % din trigliceride, constituite prin uniunea unei molecule de acizi graşi (vezi schema de mai jos)



În grăsimile saturate, doar acizii graşi din poziţia 2 sunt bine absorbiţi prin pereţii intestinali. Ori, fermentaţia naturală a laptelui crud, care modică structura moleculară a grăsimilor, suprimă în mare parte acizii graşi din poziţia 2.

Astfel, chiar dacă într-o brânză din lapte crud cantitatea de grăsimi saturate este importantă, absorbţia sa intestinală este redusă. Trebuie să ştim de altfel, că o concentraţie

ridicată de colesterol, în ciuda unui consum mic de grăsimi saturate poate fi legat de o carenţă în vitamina PP.

REZUMAT AL MĂSURILOR DE PUS ÎN PRACTICĂ PENTRU CELE CARE AU O HIPERCOLESTEROLEMIE

- pierdeţi din greutate dacă sunteţi obeză;
- diminuaţi consumul de carne (maxim 150 g pe zi);
- alegeţi carne puţin grasă (cal, vită slabă);
- înlocuiţi-o cel mai des cu pasăre (fără piele);
- evitaţi mezelurile grase şi organele;
- preferaţi consumul de peşte (minim 300 g pe săptămână);
- mâncaţi puţin unt (maxim 10 g pe zi) şi margarină;
- luaţi lapte degresat şi lactate cu 0 % materii grase, mâncaţi iaurt;
- creşteţi consumul de fibre (fructe, cereale, legume şi leguminoase);
- majoraţi consumul de acizi graşi mono şi polinesaturaţi vegetali (de măsline, floarea soarelui, rapiţă, porumb);
- asiguraţi un aport suficient în vitamine A, PP, C şi E, în seleniu şi crom (drojdia de bere);
- beţi (eventual) vin bogat în tanin (maxim o jumătate de sticlă pe zi), căci el conţine polifenoli;
- controlaţi-vă stresul;
- practicaţi eventual un sport de rezistenţă;
- încetaţi să fumaţi.

8

ALIMENTAŢIA ŞI SPORTUL

Dacă întâmplarea face să vă plimbaţi înainte de licărirea zorilor pe străzile New York-ului, veţi putea să remarcaţi americanii care fac joking, începând cu ora 5 dimineaţa, asudând din plin în ale lor mici ţinute de circumstanţă. În ciuda unei poluări extreme, în care plămânii se activează rapid, aceşti sportivi de la prima oră, se sacrifică unui ritual deja înscris în manualul de cetăţean american perfect. Exceptând câţiva maratonişti de operetă, grosul batalionului acestor „alergători" matinali este constituit efectiv, din indivizi care gândesc că doar un mare efort fizic zilnic este capabil să-i menţină într-o o formă de vis şi în special să-i ajute să nu devină acei *bibendums*, cum sunt deja compatrioţii lor. Toată America este de altfel pusă la diapazon şi în ciuda creşterii permanente a greutăţii medii a cetăţenilor, în această ţară rămâne convingerea că cea mai bună metodă de slăbit este aceea de a limita caloriile consumate pe de o parte şi de a le cheltui din plin pe de altă parte.

Cât despre parizieni, mai rezonabili, se mulţumesc cu câteva tururi de lac în pădurea din Bulogne sâmbăta dimineaţa, iar acest parcurs este mai mult o ocazie de oxigenare săptămânală ca şi un bun pretext pentru a-şi întâlni prietenii. Sunt mulţi cei care după acest efort muscular iau o masă bogată „ aşa ca la noi", pentru a-şi recăpăta forţele pe care de altfel nu le-au pierdut.

În 1989, un sondaj efectuat de o mare revistă săptămânală franceză, indica, că 66 % din compatrioţii noştri gândeau că sportul este cel mai bun mod de a slăbi. Este o idee preconceputǎ, care este cu atât mai surprinzătoare cu cât toţi cei care au aplicat-o sunt în mod izolat parveniţi. Căci a pierde în greutate mişcându-te fără a schimba obiceiurile alimentare, este total iluzoriu.

Nu se poate nega că sportul creşte pierderea energetică dar pierderea este în realitate mult mai slabă decât ne imaginăm.

Sport efectuat continuu	**Durate exerciţiului necesar pentru a pierde 1 kg de grăsime (în ore)**	
	Bărbat	**femeie**
Mers normal	138	242
Mers rapid	63	96
Golf	36	47
Ciclism/bicicletă	30	38
Natație de destindere	17	21
Jogging	14	18
Tenis	13	16
Squash	8	11

Lucrarea doctorului de Mondenard arată efectiv că pentru a pierde 1 kg de grăsime în cadrul unei activităţi fizice, se cuvine să îi consacrăm nenumărate ore.

S-a putut astfel demonstra că, o persoană vrând să piardă 5 kg în 4 luni, doar prin sport, va trebui să facă o oră şi jumătate de jogging timp de 5 zile din săptămână.

REZISTENŢA ESTE CEA CARE PLĂTEŞTE

Ceea ce trebuie să ştie toate candidatele la exerciţiu fizic, este că pentru a obţine rezultate, în termeni de pierdere în greutate, trebuie să prelungească efortul peste un anumit prag. Astfel, o oră de efort muscular continuu va fi mult mai eficace decât de 3 ori 30 minute în aceeaşi zi.

La repaus, organismul utilizează ca şi carburanţi acizii graşi circulanţi din sânge precum şi ATP-ul (acidul adenozin trifosforic) muşchilor. Din momentul în care efortul fizic intens începe, el „pompează" din glicogenul muscular care se epuizează în aproximativ 20 minute, dacă nu-l socotim decât pe el. După 25 minute de efort, jumătate din energia cheltuită vine din glicogen şi cealaltă jumătate din transformarea grăsimilor de rezervă (lipoliza). Apoi, după 40 minute de efort, sunt utilizate în majoritate grăsimile, pentru a proteja glicogenul rămas. Deci, doar după 40 de minute de la începerea unui efort continuu, de rezistenţă şi cu o intensitate submaximală, începe să se producă topirea grăsimilor de rezervă.

În ipoteza în care, s-ar face de 3 ori câte 20 de minute de sport de destindere în cursul zilei, se înţelege deci, că sursa de carburant fiind glicogenul, de fiecare dată el are timpul necesar pentru a se reconstitui luând direct din alimentaţie.

Pentru a obţine rezultate dovedite, trebuie practicat un sport de rezistenţă (bicicletă, jogging, nataţie..) cel puţin de 3 ori pe săptămână, menţinând o intensitate constantă pe parcursul unei durate minimale de 40 minute. O întrerupere de 3 zile anulează toate eforturile obţinute anterior. Este important de altfel, ca sportivul să adopte obiceiuri alimentare în conformitate cu principiile expuse în această carte, mai ales pentru a suprima toate riscurile de hipoglicemie[39]. În mod egal este necesar ca efortul să fie demarat progresiv, evitând o lovitură prin prelungirea duratei efortului fără antrenament. Organismul are nevoie să se obişnuiască, parcurgând paliere succesive pentru a modifica funcţionarea fiziologică.

SPORTUL POATE FI BENEFIC

El poate fi efectiv benefic, dacă e practicat inteligent pentru principala finalitate a unei bune igiene de viaţă şi o mai bună oxigenare. De fapt, s-ar putea aproape spune că, corpul uman (ca şi fiecare din funcţiile sale) „nu se uzează cu adevărat decât dacă nu se foloseşte". Exerciţiul fizic este deci o formă de regenerare permanentă, care permite de exemplu lupta împotriva îmbătrânirii, ameliorând funcţionarea cardiacă şi pulmonară.

[39] Alimentaţia sportivului de înalt nivel este mult mai complexă şi face apel la alte reguli nutriţionale proprii fiecărei specialităţi, care sunt prea specifice pentru a fi amintite în această lucrare.

Chiar dacă greutatea rămâne stabilă, muşchii muncind înlocuiesc progresiv grăsimea, ceea ce permite un rafinament al siluetei. De altfel, activitatea musculară poate fi un ajutor eficace la „restaurarea" organismului nostru, adică această „punere la nivel" pe care noi am întreprins-o prin recomandările acestei lucrări.

Trebuie să se ştie efectiv că toleranţa la glucoză se ameliorează şi că hiperinsulinismul (factor al hipoglicemiei şi obezităţii) este diminuat într-un mod apreciabil. Mai degrabă prin acest subtrefugiu sportul este util, accelerând corecţia hiperinsulinismului.

Se poate adăuga că hipertensiunea arterială ca şi hipercolesterolemia, când ele există[40], vor fi net ameliorate.

Pe plan psihologic, practicarea rezonabilă a unui sport poate fi pe de-a întregul salutară, chiar dacă numai prin redescoperirea corpului său şi prin impresia reală a unei anumite tinereţi. Resimţită ca o apăsare la început, ea devine rapid, pe măsura ameliorării performanţelor, o veritabilă sursă de stare bună.

Ameliorând în mod general metabolismul, activitatea fizică va putea constitui, după slăbire, o garanţie suplimentară de stabilizare a greutăţii şi de menţinere a formei.

NU VĂ ÎNŞELAŢI OBIECTIVUL

Contemporanii noştri au, din nefericire, atitudini uneori puţin cam prea extremiste în ceea ce priveşte sportul. Între pseudosportivii fumători şi „alcoolici" care petrec aproape tot timpul lor la tejgheaua barului sau în faţa televizorului şi bătrânul chipeş care se epuizează vrând să rămână tânăr maimuţărind profesioniştii, există o evaluare justă pe care doar înţelepciunea vă va ajuta să o aflaţi.

Întreruperea muncii (ca urmare a unei indispoziţii sau îmbolnăviri), luni dimineaţa, nu sunt datorate doar abuzurilor alcoolice şi altor excese alimentare ale week-end-ului, sunt imputabile mult mai mult imprudenţei, căci fără obişnuinţă, nici antrenament şi hidratându-se insuficient, în starea lor euforică şi-au evaluat greşit capacităţile reale.

O gestiune sănătoasă a alimentaţiei ca şi o menţinere rezonabilă şi regulată a activităţii fizice sunt condiţiile necesare pentru a accepta cu seninătate, tinereţe şi optimism anii care se acumulează. Dar este şi o stare de spirit. Când vedem unele persoane care se încăpăţânează să aştepte 5 minute liftul pentru a urca la primul etaj sau care iau maşina pentru a merge să cumpere ţigări de la tutungeria de alături, nu putem avea pentru ei, decât acelaşi sentiment de compătimire ca cel pe care îl avem pentru aceia care nu se hrănesc decât cu hamburgeri şi cola.

[40] La o femeie la menopauză, este imperativ, înainte de a începe să se practice un sport, să se facă un bilanţ cardio-vascular cu electrocardiograma de efort.

PARTEA A DOUA

Femeia este o fiinţă fragilă…Aceasta este ideea pe care ne-am făcut-o din totdeauna, femeia fiind categorisită drept «sex slab». Totuşi, oamenii de ştiinţă ne asigură astăzi că ea este mult mai rezistentă decât bărbatul, şi nu numai pentru că este mai performantă în ceea ce priveşte durata vieţii.

Barbatul, ni se spune, nu ar fi capabil să suporte fizic încercarea maternităţii şi că femeia ar fi astfel, paradoxal, mai «rezistenta» decât el, fiind în acelaşi timp mai fragilă…De fapt, ea este mai sensibilă şi mai complexă. Viaţa ei este ritmată de către un sistem hormonal complicat care, de la pubertate la menopauză şi trecând prin sarcină, supune corpul unei multitudini de transformări.

Asemenea unui motor hipersofisticat, organismul feminin este sensibil la cele mai mici modificări. De aceea, ea este dotată cu un sistem de reglare mai complex şi, în consecinţă, face dovada unei mai mari vulnerabilităţi la tratamente greşite.

Astfel, se întelege mai bine de ce femeia este «într-adevăr» mai sensibilă decât bărbatul la medicaţiile administrate şi de ce eventualele efecte secundare ale acestora sunt la ea mai pronunţate. În sfârşit, se înţelege şi mai bine de ce această extremă sensibilitate, atunci când este asociată cu obişnuinţe alimentare greşite, are consecinţe care se manifestă cu atât mai mult pe plan ponderal, cu cât ele sunt agravate prin bulversările hormonale.

După ce am indicat, în prima parte, care sunt regulile de nutriţie ce trebuie adoptate în general pentru a pierde definitiv kilogramele în plus şi pentru a vă ameliora sănătatea, vă propun să vedem, în această a doua parte, cum pot fi aplicate acestea de către femei, în vederea optimizării rezultatelor.

1

VARIAŢII PE O IMAGINE: CORPUL FEMININ

Să ne imaginăm că suntem în anul 2500 şi că istoricii momentului se decid să cerceteze care erau formele corpului feminin în secolul XXI. După ce vor fi studiat numeroasele reviste pentru femei ale epocii şi vor fi constatat că acestea exibă siluete filiforme ce au în comun supleţea, observatorii noştri vor deduce fără îndoială că toată lumea era la fel în perioada cercetată.

Şi noi comitem astăzi aceeaşi eroare când contemplăm *Cele Trei Graţii* ale lui Rafael, *Sirenele* lui Rubens, sau mai aproape de noi, nudurile lui Renoir, sculpturile lui Maillol sau femeile care se scaldă ale lui Courbet. Puţinul pe care-l putem spune, este că toate aceste opere de artă reprezintă femei dolofane şi că este aparent logic să ne gândim că toate femeile erau la fel de rotofeie şi durdulii altădată.

Ar fi mai pertinent însă să ne întrebăm dacă nu cumva pictorii trecutului căutau, în operele lor, să protejeze realitatea momentului sau dacă nu cumva doreau mai degrabă să reprezinte un anumit ideal «feminin», în vigoare la vremea aceea.

Tot aşa şi revistele moderne se străduiesc astazi, într-o manieră evidentă, să dezvolte imaginea unui corp feminin atipic, care nu este altceva decât proiecţia visului cititoarelor.

CANOANELE FRUMUSEŢII

În mare, nu avem decât cultul a ceea ce este rar sau excepţional. A fi gras, altădată, era un semn de reuşită socială: aceasta însemna că masa era «bine garnisită» în fiecare zi şi că existau mijloace ce permiteau să se mănânce din abundenţă. Slăbiciunea şi subţirimea erau ceva curent (la acea vreme se spunea «descărnate»). De aceea, formele generoase şi rotunjimile opulente, care erau o excepţie, corespundeau canoanelor frumuseţii.

Trebuie de asemenea înteles faptul că, pentru majoritatea populaţiei, aprovizionarea cu alimente era deseori aleatorie. Războaiele, revoltele, recoltele proaste puteau în orice moment să genereze o penurie sau chiar o foamete. A mânca în fiecare zi dupa pofta inimii era un lux şi de aceea masa de grăsime, pe care unii norocoşi o posedau, constituia o rezervă preţioasă pentru cazurile în care circumstanţele ar fi putut impune o raţionalizare a alimentelor.

Surplusul ponderal, atunci când exista, reprezenta un soi de «asigurare împotriva riscurilor» induse de o recoltă proastă şi nu avea deloc conotaţia negativă pe care o are azi. Acesta era o masură de siguranţă, cu atât mai căutată cu cât era rară. Opulenţa era de asemenea considerată semnul unei sănătăţi bune şi, în consecintă, al unei robusteţi. Altfel spus, femeia trupeşă era vazută ca o buna genitoare, care primea fara probleme, între formele ei opulente, o sarcina considerată promiţătoare. Această reprezentare idealizată a femeii poate fi întalnită şi azi într-un număr mare de ţări aparţinând lumii a treia, în special în Magreb.

Dorind să explice evoluţia esteticii feminine, sociologii au tendinţa să spună că aceste canoane ale frumuseţii s-au transformat progresiv o dată cu evolutia lumii.

Alţii cred mai degrabă că moda nu a făcut decât să preceadă o mişcare ce nu aştepta decât un «mijloc» pentru a se putea exprima. Astfel, influenţa creatorului (fr. couturier - croitor) Paul Poiret, la începutul secolului XX, a contribuit cu siguranţă la schimbarea canoanelor atunci când a propus suprimarea corsetului. De aici înainte, femeia nu a mai căutat să îşi ascundă corpul sub haine largi sau să recurgă la tot felul de artificii. Dimpotrivă, rochile se mulau pe corp şi subliniau contururile. Câţiva ani mai târziu, mişcarea de emancipare a femeii a dus chiar la negarea atributelor feminităţii, propunând modele vestimentare aproape androgine.

Îngrijorarea bărbaţilor, faţă de o sexualitate feminină pusă deodată în lumină de psihanaliza lui Freud, urma să aibă o şi mai mare repercusiune asupra ideilor. Erotismul tindea să dispară progresiv din reprezentările picturale şi anumiţi pictori nu ezitau să «masacreze» corpul feminin reprezentându-l, aşa cum a facut-o Picasso sau Buffet, sub o formă descarnată sau de contururi geometrice.

În paralel cu aceste fenomene socioculturale, alţi doi factori vor avea un cuvânt greu de spus în ceea ce priveste supleţea: generalizarea obezităţii într-o ţară lider ca America şi descoperirea facută de către medici, şi anume că surplusul ponderal este de fapt un factor de risc serios pentru sănătate.

CELE CARE SUNT GRASE IN IMAGINAŢIA LOR

A avea un corp «normal», dacă această normalitate poate fi definită (caci este deseori o notiune individuală), este o dorinţă legitimă a fiecaruia dintre noi. Problema este că un număr mare de femei ridică ştacheta prea sus sau, mai degrabă, o coboară prea jos, considerând că manechinele din revistele lor preferate sunt etaloane ale caror 90,60,90 sunt standarde obligatorii.

Din păcate, societatea noastră este una a standardizării şi, din momentul în care nu corespundem acestor criterii recunoscute, suntem respinşi în clanul marginalilor, al «urâţilor» şi, în consecintă, al indezirabililor. Tânara care nu corespunde «normelor» se gândeşte fără îndoială că nici un băiat nu va încerca să o curteze; femeia căsătorită şi un pic rotunjoară se teme că soţul ei să nu o înşele cu o creatură de vis, iar femeia iubită, când are tendinţa să se îngraşe, se teme să nu fie lasată pentru o tânară de 20 de ani cu forme ireproşabile şi insultătoare.

Cu toate acestea, ele nu sunt grase decât în imaginaţia lor, imputând kilogramele în plus tuturor lucrurilor care nu merg bine în viaţa lor. Oricare ar fi realitatea, cea mai bună manieră de a proceda este aceea de a face un diagnostic serios.

În ultimii ani au circulat numeroase tabele, mai mult sau mai puţin fanteziste, ce permiteau calcularea greutăţii ideale, indicând greutatea «normală» plecând de la înalţime. Unele dintre acestea sunt prea severe, altele prea generoase.

CUM CALCULAM GREUTATEA IDEALĂ ?

În prezent există doua modalitati de a calcula greutatea ideala, acestea regasindu-se mentionate în majoritatea manualelor.

FORMULA LUI LORENTZ

Greutatea ideală = (înalţimea în cm – 100) – (înalţimea – 150) /2
Prin urmare, dacă masuraţi 1,70 m, trebuie să cântariţi 60 kg, ceea ce pare oarecum normal. În schimb, dacă masuraţi 1,50 m, greutatea ideală ar fi 50 kg, ceea ce este oarecum excesiv.

BMI (BODY MASS INDEX) SAU INDICE MASĂ CORPORALĂ (IMC)

Aceasta este fără îndoială cea mai interesantă formulă de calcul şi este recunoscută în prezent la nivel internaţional. Formula utilizată este raportul între greutate (în kg) pe pătratul înalţimii (în m).

$IMC=G/Î^2$

Utilizând datele de mai jos, vă veţi putea descoperi imediat valoarea IMC-ului dumneavoastră:

- IMC între 20 – 23, corpolenţa normală;
- IMC între 24 – 29, surplus ponderal;
- IMC superior lui 30, obezitate;
- IMC superior lui 40, obezitate severă.

Spre deosebire de formula lui Lorentz, această formulă oferă un interval de normalitate permiţându-vă să nu va focalizaţi pe greutatea în sine.

GEOGRAFIA GRĂSIMILOR

În mod paradoxal, cântarul nu este întotdeauna cel mai bun instrument în aprecierea unui surplus ponderal, căci greutatea este de fapt o sumă a diverselor mase, şi anume a scheletului, a muşchilor, a organelor, a apei şi a grăsimii.

La femei, masa de grăsime reprezintă aproximativ 25% din greutatea corpului. O sportivă, care ar putea avea o greutate mai mare, datorată în special unei mase musculare mai mari, nu va fi considerată grasă pentru aceasta.

În plus, apa, care reprezintă doua treimi din corpul vostru, poate fi de asemenea un factor care determină variaţiile de greutate, de ordinul a 1-2 kg, în special înainte sau după menstruaţie.

Veti trage concluzia că « a slăbi » şi « a pierde kilograme » sunt două lucruri diferite. A slăbi înseamna a pierde exclusiv grăsimea excedentară, în timp ce putem scapa de câteva kilograme pierzând în realitate numai apa – de unde şi inutilitatea diureticelor prescrise în curele de slăbire, fără să mai vorbim de pericolele la care acestea ne expun.

MĂSURAREA VOLUMULUI DE GRĂSIME

În prezent există o modalitate de a măsura cu exactitate volumul de grăsime. Sunteţi conectată la un aparat (ca şi pentru o electrocardiogramă) şi vedeţi înscrise pe ecran masa de apă, masa muşchilor dumneavoastră şi masa de grăsime.

Acest aparat permite măsurarea cu precizie a volumului grăsos al unei persoane şi urmărirea evoluţiei acestuia pe întreaga perioadă a procesului de slăbire. Acest gen de aparat de măsură (cântar electronic) este de acum disponibil pe piaţă şi poate fi cumpărat cu un pic mai mult de 100 de euro.

Cu toate acestea, acest instrument nu face decât să masoare volumul masei adipoase fără să precizeze şi repartizarea geografică a grăsimii în organism. Aceasta poate fi facută cu ajutorul unui scanner sau, mai simplu, calculând raportul între turul taliei (masurat la buric) şi a turului coapselor. În toate cazurile, acesta trebuie să fie inferior valorii de 0,85.

Să vedem acum care sunt diferitele categorii de obezitate.

OBEZITATEA ANDROIDĂ

Obezitatea androidă este aceea care predomină în partea de sus a corpului: faţa, gât, torace, abdomen (deasupra ombilicului).

Se ştie de acum că aceast surplus ponderal, de tip android, predispune la anumite complicaţii metabolice: diabet, hipertensiune arterială, hiperinsulimie, hipercolesterolemie, hipergliceimie şi boli coronariene…

În acest tip de obezitate, celulele de grăsime (sau adipocite) sunt hipertrofiate printr-un exces de grăsime, dar numarul lor ramâne adesea în limite normale. În cazul acestui tip de obezitate se va slăbi relativ uşor.

OBEZITATEA GINOIDĂ

Atunci când masa grasoasă este localizată în special în partea inferioară a corpului (partea inferioară a abdomenului, coapse, fese, pulpe), se vorbeşte despre obezitate ginoidă.

În acest caz, afecţiunile metabolice menţionate mai sus sunt foarte rare, dar găsim deseori o insuficienţă venoasă şi artroza genunchilor şi coapselor. În acest tip de obezitate prejudiciul este atât de ordin mecanic cât şi de ordin estetic. În plus, este resimţit mai intens, cu atât mai mult pentru că afectează în special femeile şi se asociază foarte frecvent cu o altă neplacere: celulita.

DEPUNERILE GRĂSOASE PROFUNDE

Un al treilea tip de repartizare adipoasă a fost identificată de curând. Este vorba despre un exces de grăsimi abdominale localizate în apropierea viscerelor. Acest depozit adipos profund, deseori invizibil la « exterior », în condiţiile în care turul taliei pare normal, este periculos, deoarece este asociat cu un risc foarte mare de diabet sau de boli cardio-vasculare.

Fumătoarele sunt expuse în special la aceste depuneri grăsoase profunde asociate cu o greutate normală.

FIXATI-VĂ UN OBIECTIV REALIST !

Chiar dacă, aşa cum am văzut, cântarul permite o apreciere imperfectă a surplusului ponderal, el rămâne oricum instrumentul cel mai utilizat în aprecierea progresului procesului de slăbire în raport cu obiectivul pe care vi l-aţi fixat. Dar acest obiectiv trebuie sa fie realist! Este utopic, pentru o femeie de 50 de ani, să vrea să atingă greutatea pe care o avea la 20 de ani, cu atât mai mult cu cât un început bun într-un proces de slăbire se face mai bine într-un context de speranţă realistă şi nu în perspectiva descurajantă a unei greutăţi mitice care trebuie atinsă cu orice preţ.

Întrebarea care trebuie să ne-o punem, înainte de a începe slăbirea, este dacă ştim ceea ce căutăm de fapt vrând să slăbim. Vom fi capabili să acceptăm noua imagine corporală? Căci interesul brusc pentru greutate traduce deseori o altă problematică latentă, un conflict familial, profesional sau conjugal, de exemplu.

Eventuala problemă este de cu atât mai serioasă cu cât necesitatea de a slăbi nu este întotdeauna justificată. Anumite femei pot suferi de tulburari psihice, dorinţa de a slăbi fiind revelatorul acestora. La altele surplusul ponderal este zidul inconştient pe care ele îl ridică împotriva lumii, şi deseori împotriva bărbaţilor. A redeveni o fiinţă dezirabilă din punct de vedere sexual este în acest caz o idee insuportabilă.

Este evident că autodiagnosticarea, în acest caz, este foarte dificilă. O reflecţie serioasă ne poate determina să ne punem întrebarile care trebuie.

Indiferent despre ce ar fi vorba, chiar dacă nu toate femeile au o nevoie reală de a slăbi, nu au existat niciodată contraindicaţii în ceea ce priveşte proastele obiceiuri alimentare. Aceasta este ce va recomandăm în prima parte a acestei cărţi.

Dacă nu avem suficient curaj ca să începem faza I, cu un obiectiv substanţial de a slăbi, aplicarea principiilor generale ale Metodei (faza II) va fi suficientă. Aceasta va permite o modificare corporală, cu atât mai usor de acceptat cu cât va fi progresivă, precum şi adoptarea definitivă a unui mod de alimentatie mai bogat în plan nutriţional, ceea ce vă va permite să dobândiţi o mai bună sănătate fizică şi morală.

2

SIMBOLISTICA ALIMENTULUI

Fiecare dintre noi ştie că nu ne hrănim doar cu alimente ci, prin intermediul lor, şi cu simboluri. Actul de a manca face referire la mama, sau cel puţin la copilarie, adică la educaţie. Felul în care ne hrănim are, de altfel, o dimensiune culturală: cultura naţională, regională şi chiar religioasă.

Or, anumite femei au pierdut (sau nu au avut niciodată) această relaţie privilegiată cu alimentul. Ele mănâncă la fel cum mergem la pompă pentru a face plinul cu benzină. Foarte des, nici măcar nu se aşează. Cafeaua de dimineaţă este băută în picioare, în timp ce se îmbracă, la prânz înghit un sandwich sau un hamburger în timp record în timp ce sunt singure, cu coatele sprijinite pe masa suspendată a vreunui fast food.

Astfel, un mare numar dintre voi au pierdut încetul cu încetul noţiunile de « structurare » şi de « convivialitate » a mesei, ceea ce v-a făcut să vă obişnuiţi să ronţăiţi tot timpul, ca un câine care merge, atunci cand simte nevoia, să mănânce crochetele din castron. Aforismul lui Brillant-Savarin n-a fost niciodată mai de actualitate ca azi : « Animalul se hrăneste, omul mănâncă, dar numai omul inteligent ştie să mănânce ».

Dezinteresul pe care îl avem faţă de aliment, care este redus doar la funcţia fiziologică aşa cum putem vedea în Statele Unite ale Americii, nu poate conduce decât la o adevarată delincvenţă alimentară, sursă a surplusului ponderal şi a bolilor metabolice (diabet, afecţiuni cardio-vasculare…). Acesta este poarta deschisă către dezordinea alimentară ale cărei etape sunt deseori ronţăielile şi sărirea mesei de prânz, cina copioasă devenind unica « masă » adevarată a zilei.

Un sondaj aparut în revista *Elle*, în anii 1990, arăta că 15% din francezi consideră faptul de a mânca o corvoadă de care încearcă să se debaraseze cat mai repede posibil.

ALIMENTUL - REFUGIU

Proasta educaţie alimentara incepe adesea in leagan. Atunci cand bebelusul incepe sa planga , mama identifica adesea aceasta manifestare de disperare, cu foamea, desi acesta poate duce lipsa prezentei si tandretei ei. Daca de fiecare data cand un copil plange il calmam dandu-i de mancare , odata devenit adult isi va pastra acest reflex si va raspunde printr-un aport de hrana.

Oralitatea , primul ' act sexual ' al bebelusului , si etapa initiatica a dezvoltarii sale psihoafectiva , va cantari greu asupra trairilor sale ulterioare , nu numai in domeniul alimentar , ci si in cel al relatiilor cu ceilalti. Faptul de a manca , chiar si la o varsta adulta , poate sa inlocuiasca dragostea absenta , caci daca celalalt nu este disponibil , hrana este intodeauna la indemana.

Prima tulburare minora alimentara se manifesta deci prin consumare repetata , nemotivata de foame , a unor mici cantitati de alimente : rontaitul . Obisnuinta de a fuma canalizeaza adesea acelasi tip de angoasa.

In urmatorul stadiu , subiectul cunoaste impulsuri subite si irezistibile , care il imping sa consume din abundenta un anume aliment in afara orelor obisnuite pentru masa si independent de o senzatie de foame!

Dincolo de placerea initiala , subiectul resimte in mod egal un mare sentiment de vina.

Atunci cand produsul este pe baza de zahar , se ajunge uneori la o adevarata dependenta , caci alimentul indulcit este asimilat ca o recompensa pentru trecut. Este de asemenea si un 'aliment – placere' a carui ingestie poate declansa secretia endorfinei in corp. Aceasta morfina interna secretata de catre organism , va provoca o senzatie de bine , de placere.

In cel mai rau caz , tulburarile comportamentului alimentar pot duce la aparitia unei irezistibile dorinte de a manca : bulimia. Cantitatile de hrana absorbite in acest caz sunt mai mult decat suficiente si nu tin cont de senzatia de satietate. Aceasta perversiune a actului nutritiv este atat de mare incat pentru a nu se ingrasa , bulimicii , nu ezita sa-si provoace varsaturi.

Anumite femei , atunci cand isi dau seama de conduita lor anormala , pot , prin autoapreciere , sa cada intr-o stare depresiva si printr-o incercare de a contrabalansa , sa cada in cealalta extrema , anorexia , caracterizata prin disparitia senzatiei de foame si o mare perturbare a raporturilor intretinute cu hrana.

In ciuda absentei problemelor psihiatrice prealabile , pierderea in grautate poate deveni o obsesie.

Acest lucru face ca aceste tinere anorexice sa ajunga la o greutate sub 40 kg , ceea ce necesita spitalizarea si cateodata se ajunge la reanimare pentru a evita moartea , fenomen inca prezent (10% din cazuri).

Dar , daca anumite tulburari alimetare pot fi favorizate de catre o conduita inadaptata in copilarie , ele sunt adesea consecinta restrictiilor alimentare impuse la maturitate.

Regimurile hipocalorice , propose mereu ca tratament al obezitatii , induc aparitia problemelor psicologice conducand la anorexie si bulimie.frustrarea pe care acestea o aduc cu ele conduce , intr-adevar la o obsesie a mancarii si la ritualuri alimentare perverse.

Subiectul devine iritabil , cunoaste stari fluctuante si , intr-un moment de neatentie , cedeaza si dezvolta un comportament compulsiv.

Acest esec in a-si domina impulsurile alimentare dauneaza respectului de sine si pote antrena o depresie nervoasa.

ALIMENTUL – PLACERE : O HRANA A CIVILIZATIEI

Contrar alimentului- refugiu , care se prezinta ca un raspuns la o frustrare , alimentul – placere corespunde satisfactiei legitime de o nevoie dubla : una fiziologica si alta psihologica , de natura hedonica , fiind cu atat mai mult mai dificil sa le disociezi. Arta gastronomiei consista , de altfel , in exacerbarea tuturor subtilitatilor savorilor in scopul unei satisfaceri optime a gusturilor.

Este vorba despre un rafinament prin intermediul caruia s-a incercat intotdeauna redarea intregii plenitudini , conferind astfel mancarii o veritabila dimensiune culturala , neputand fi disociata de gradul de cultura.

Masa satisface in mod traditional un ritual uman , si tocmai prin relatia sa cu hrana , omul s-a civilizat progresiv de la origine si pana in prezent.

Masa luata in comun , cu membrii ai familiei sau cu prieteni , comuniunea in jurul alimentelor facand obiectul unor pregatiri anterioare , chiar daca ar fi vorba numai despre procesul de gatire , aceste lucruri au fost intotdeauna marca evolutiei sale.

Etnologii stiu bine ca sofisticarea ritualului cinei este proportionala cu dezvoltarea civilizatiei in cauza.

In traditia burgheza , cina a fost mereu considerata ca un moment privilegiat al zilei.

Era o adevarata ceremonie si era de foarte prost gust s-o tulburi . Intr-una din nuvelele sale , Maupassant povesteste astfel povestea unui aristocrat decazut , care, retragandu-se intr-o cabana de padurar in mijlocul padurii, nu sacrifica nici macar un ritual , in fiecare seara purtand hainele de cina.

Asta din simplu respect pentru momentul sacru care era intotdeauna , in ochii sai , aceasta masa.

Din pacate , in prezent este o ruptura cu cu traditia pe care o putem cataloga ca pe o regresie culturala.

Mai intai , pt ca trecerea de la stiinta culinara traditionala nu se mai face intre mama si fiica . Apoi pt ca , femeia muncind , mesele sunt luate cel mai adesea in afara / in exterior.

In fine , cand te intorci acasa , timpul de pregatire al cinei se reduce la cea mai simpla expresie a sa , si recurgem la mancaruri gata pregatite , la alimente congelate si la mancarea rapida , la microunde.

Timpul acordat pregatirii mesei a fost fost inca o data pus la incercare prin dezvoltarea activitatilor de recreeere : televiziune , jocuri video , club de fitness...

Deoarece nu mai este considerat ca un moment de integrare sociala , masa este din ce in ce asimilata cu o pierdere de timp , lucru care explica de ce oamenii nu sunt dispusi sa cheltuiasca pe mancare nimic mai mult decat stictul necesar .

Deci tocmai aceasta nepasare progresiva a contemporanilor nostri pentru mancare si hrana in general, a contribuit la uitarea alimentului-placere (a carui dimensiune nutritionista o descoperim azi) in favoarea alimentului taie pofta de mancare , practic si ieftin.

In acest climat de degradare a valorilor culinare si gastronomice s-au dezvoltat , in special la femei , comportamentele alimentare anarhiste pe care le-am denuntat mai sus.

Ele sunt responsabile de greutatea prea mare , de oboseala , si de alte numeroase boli , numite boli ale civilizatiei .

De atunci se intelege mai bine cum intr-un asemenea context s-a putut dezvolta moda subtitutilor alimentari care reprezinta azi principala cale de scapare iluzorie a tuturor celor care doresc sa scape de kilogramele in plus.

NECESITATEA UNEI REDESCOPERIRI

Iata de ce nu se va putea vreodata intreprindre cu eficacitate aplicarea unor principii nutritioniste continute in aceasta carte , daca , in prealabil nu am redescoperit rolul si interesul hranei si al mesei in particular. Va trebui sa se faca o adevarata recucerire a alimentului astfel incat sa nu-l mai consideram ca un dusman , ci ca un adevarat prieten.

Pentru a-l descoperi mai bine, a-l imblanzi , a-l stapani , e de ajuns sa invatam sa-l apreciem.

Cine , mai bine ca o femeie , poate intelege ca dragostea si placerea nu pot fi despartite?

3
ADOLESCENTA

Adolescenta este o etapa capitala in viata unei fiinte umane , si in mod special pentru fete.

Intr-adevar in timpul acestei perioade corpul fetitei se transforma complet , sub efectul multiplelor bulversari care au loc în organism, asociata cu o veritabila explozie hormonala , pentru a deveni corpul unei femei.

De aici , se intelege bine importanta unui mod alimentar in viata unei femei.

Tocmai din aceasta cauza eu va propun , in acest capitol , sa fac mai intai un tur al intrebarii , stabilind , inr-un fel sau altul , prejudiciile dupa care vom trece la inventarierea solutiilor si recomandarilor adecvate.

STOP DELINCVENTEI ALIMENTARE !

Toate anchetele care au ca subiect obiceiurile alimentare ale adolescentelor franceze sunt îngrijoratoare. Cantitativ, aportul energetic este mai degraba corect, pentru ca doar 7% din adolescente mananca mult. Repartizarea aporturilor într-o zi lasa însa de dorit. Statisticile privind micul dejun, care nu reprezinta decat 15% din aportul alimentar, sunt edificatoare :

- 30% din adolescente pretind ca nu le este foame dimineata ;
- 24% spun ca nu au timp sa manance dimineata ;
- 7% nu iau niciodata micul dejun.

În concluzie, mai mult de 60% din adolescente neglijeaza una dintre principalele mese de peste zi, obicei care duce ca suplimentarea gustarilor dintre mese si favorizaza astfel rontaiala.

Alimentele alese pentru aceste gustari sunt de obiceiprodusele de patiserie dulci, produsele de patiserie sarate, snacks-urile dulci sau sarate si bauturile dulci. Foarte rar fructe. Prin urmare se observa un consum în exces de glucide rele (zaharuri si faina alba), grasimi saturate si sare, dar în special consumul excesiv de alimente sarace din punct de vedere nutritiv (lipsite de vitamine, saruri minerale si oligoelemente).

Studiul realizat în Val-de-Marne arata aploarea deficitului aportului în micronutrimente (vezi tabelul) în raport cu cantitatile normale.

Micronutrimente	Deficit al aporturilor la adolescente
Calciu	-35%
Magneziu	-30%
Fier	-44%
Zinc	-29%
Vitamina E	-78%
Vitamina B9	-78%
Vitamina B2	-17%
Vitamina B6	-85%
Vitamina B12	-5%
Vitamina C	-2%
Vitamina A	-75%

Se observa importante carente de calciu, magneziu si vitamine, indispensabile totusi în aceasta perioada de transformari prin care trece corpul.

Rezultatele se explica prin faptul ca se acorda prioritate, pe nedrept, unor anumite alimente în timp ce altele sunt marginalizate, adolescentele considerandu-le chiar « dezgustatoare ». Evident ca acestea sunt tocmai alimentele foarte bogate în nutrimente.

Alimente privilegiate	Alimente marginalizate
Suc de fructe din comert	Creier
Clatite	Burta
Pizza	Rinichi
Înghetata	Ghind (murele de la gatul vitelului, mielului)
Cartofi prajiti	
Tarte sarate	Carnaciori de porc
Produse de patiserie dulci	Ficat
Produse de patiserie sarate	Oua
Piure de cartofi	Branzeturi fermentate
Morcovi	Scoici
Sunca alba	Vin
Iaurt cu fructe	
Fructe rosii (capsune, cirese, zmeura)	

În 1990, studiul CSEA (Centrul de studii asupra copiilor si adolescentilor) arata ca anumite alimente erau chiar necunoscute celei mai mari parti a fetelor : broccoli, reventul (*Rehum officinale*), cresonul, macrisul…(pentru mai mult de 50%), mazarea verde deshidratata, dovleacul, telina si salsifi (*Scorzonera hispanica*) (pentru mai mult de 30%).

De asemenea, s-a descoperit ca :

- 15% dintre tinerele fete nu mananca niciodata fructe,
- 27% nu beau niciodata lapte,

- 30% nu mananca niciodata branza.

În schimb, aflam ca sunt consumate în cantitati importante bauturile dulci (sucuri de fructe industriale sau cola), ceea ce nici nu ne mira de altfel.

Cantitate zilnica de bauturi dulci	Procent al adolescentelor consumatoare
- 0 – 25 cl	52%
- 25 – 50 cl	23%
- 50 – 75 cl	10%
- 75 – 100 cl	8%
- mai mult de 100 cl	7%

Studiul mai continea si alte informatii interesante care ar putea sa ne ajute sa lamurim care sunt obiceiurile de a manca ale adolescentelor.

ATRACTIA PENTRU ALCOOL SI TUTUN

Consumul de bauturi alcoolice la adolescentele de 16 ani :

- 56% din adolescente consuma în mod regulat alcool tare (si 10% de mai multe ori pe saptamana) ;
- 25% consuma în mod regulat bere (în medie 1 l pe saptamana) ;
- 21% consuma în mod regulat vin (în medie 50 cl pe saptamana).

Alte anchete au relevat ca :

- 33% din adolescente s-au îmbatat cel putin o data înainte de 16 ani (45% în liceele profesionale si 17% în colegii) ;
- 22% din ele se dedau bauturii mai mult de 10 ori pe an, mai ales în mediile defavorizate.

Tabagismul, caracteristica a adolescentei, nu este mai putin alarmant :

Grupa de varsta	Procentaj al adolescentelor care fumeaza
- 10-11 ani	5,5%
- 12-13 ani	7,5%
- 14-15 ani	21,5%
- 16-17 ani	42,5%
- 18-24 ani	65,5%

În 1990, procentajul adolescentelor de 16 ani care fumeaza mai mult de 12 tigari pe zi era :

- în ciclul secundar……17%
- în ciclul primar……..30%
- în CAP……48%
- în stagiu profesional……..61%

IGNORAND NOTIUNILE CULINARE DE BAZA

Astazi, adolescentele care au ca prioritate studiile sunt adesea scutite de sarcinile menajere, la fel ca si baietii. Rezulta astfel o frecventa necunoastere a bucatariei, prin netransmiterea tehnica si culturala de catre mame. Mai mult de 30% dintre ele nu sunt capabila sa fiarba un ou !

Din aceasta ruptura cu traditia s-a nascut un anume dezinteres pentru masa, pentru pregatirea acesteia si, în consecinta, pentru gastronomie în general. Se întelege ca, în acest context, mancarurile gata preparate sau fast-food-ul pot constitui cea mai buna solutie pentru necesitatea de a se alimenta.

Masa, care si-a pierdut cu desavarsire dimensiunea conviviala, nu mai este locul de schimburi privilegiate care era altadata. De altfel, daca le întrebam pe adolescente ce anume prefera pentru a petrece un moment agreabil,ele ne vor raspunde:

- sa mearga la cinematograf, 28% dintre ele ;
- sa asculte muzica, 24% dintre ele ;
- sa faca sport, 19% dintre ele ;
- sa discute, 17% dintre ele ;
- sa citeasca, pentru 11% dintre ele ;
- sa împarta o masa buna cu cineva, doar pentru 0,6 dintre ele.

PENTRU EDUCATIA DE A « MANCA BINE »

Avand în vedere aceste triste constatari pe care le-am facut, ar trebui mai întai ca adolescentele sa îsi dea seama cat de important este felul în care se alimenteaza, tinand cont de sanatatea lor actualala si cea viitoare.

Contrar a ceea ce cred multi, corpul unei adolescente, chiar daca s-a format deja, nu a ajuns înca la stadiul de maturitate. El nu este înca adult. Ii va trebui deci o alimentatie corespunzatoare pentru a-si desavarsi cresterea. De o alimentatie corecta vor depinde performantele fizice si intelectuale prezente, precum si starea de sanatate viitoare.

Iata cateva sfaturi generale pe care le adresez acestora :

1) Sa aiba un aport proteic suficient

Acesta va trebui calculat ca 1,2 g pe kilogram de gerutate si va fi furnizat de carne, peste, oua, branza, dar si de proteine vegetale (soia, leguminoase, alimente complete, cereale, fructe oleaginoase).

Numeroase tinere au devenit , din motive diferite, vegetariene. Ar trebui însa sa stie ca proteinele vegetale sunt de doua trei ori mai putin asimilabile decat proteinele animale, cu exceptia catorva feluri de soia.

2) Sa îsi asigure un aport de calciu suficient

Aceasta implica consumul unui lactat sau al branzei la fiecare dintre cele trei mese.

Acest aport de calciu va permite nu numai definitivarea constructiei scheletului, ci va asigura si prevenirea riscurilor din timpul viitoarelor sarcini say din timpul menopauzei (riscul de osteoporoza si fracturi). Un total de 1200 mg de calciu este necesar zilnic.

Pentru mai multe informatii, veti gasi mai jos o lista a alimentelor a caror cantitate indicata va furnizeaza 300 mg de calciu. Este suficient sa consumati deci patru portii din oricare pe timpul unei zile sau la o singura masa.

Cantitate ce contine 30 mg calciu	
Lapte si produse lactate	**Alte familii de alimente**
30 g Gruyère 50 g Camambert 2 iaurturi 25 cl lapte 300 g branza alba 10 iaurturi foarte mici (petits-suisses)	100 g gris 150 g creson 150 g migdale sau de alune de padure 400 g paine integrala 850 g varza verde 4 portocale mari 1 kg de peste 2 kg de carne

Totusi, studii recente au aratat ca biodisponibilitatea calciului din produsele lactate nu este atat de ridicat cum s-a crezut multa vreme. Ea ar fi numai de 15% pentru produsele din lapte de vaca sau branzeturi, în timp ce cea a migdalelor sau a apei de baut (in special cea minerala) este de 85%. Studiile epidemiologice au evidentiat faptul ca în tarile în care nu se consuma niciodata produse lactate (în Japonia, de exemplu) nu se sufera totusi de decalcifiere.

3) APORT CORECT DE FIER

Asa cum am vazut, deficitul de fier era una dintre cele mai serioase carente la adolescente. Acestea neglijeaza alimentele care îl contin (a se vedea tabelul) si aceasta se întampla într-un moment în care organismul lor are nevoi sporite de fier datorate cresterii tesuturilor si sporirii numarului de globule rosii. De altfel, în timpul menstruatiei, are loc si o pierdere de fier acre este cu atat mai importanta cu cat aceasta dureaza mai mult si este mai abundenta.

Trebuie stiut ca aceste carente de fier favorizeaza anemia si oboseala, conduc la scaderea performantelor fizice si intelectuale precum si rezistenta la infectii. Ele pot reprezenta chiar o frana serioasa în procesul de slabire, caci fierul favorizeaza formarea naturala a L-carnitinei, o enzima care permite utilizarea prioritare a acizilor grasi liberi.

Ratia de fier pe zi necezara unei adolescente este de 18 mg, dar trebuie sa distingem doua feluri de aporturi :

- fierul heminic, care provine din carne si din peste si care este absorbit în proportie de 25% ;
- fierul non heminic, pe care îl gasim în vegetale si care este absorbit în proportie de 5%.

Se observa prin urmare de ce le este imposibil vegetarienilor sa asigure un aport de fier corect organismului lor.

Surse de fier heminic (pentru o cantitate de 100 g)	Surse de fier non heminic (pentru o cantitate de 100 g)
Crustacee 25 mg Scoici 25 mg Sângerete 20 mg Ficat de proc 15 mg Ficat de vita sau de miel 10 mg Galbenus de ou 7 mg Stridii 6 mg Ficat de vitel 5 mg Carne 3 mg Carne de peste sau pasare 2 mg	Cacao pudra 15 mg Ciocolata 70% cacao 10 mg Boabe (Vicia faba –fèves) 10 mg Fasole alba 8 mg Linte 7 mg Fructe oleaginoase 5 mg Fructe uscate 4 mg Spanac 4 mg Paine integrala 3 mg

Sa precizam la sfarsit faptul ca o alimentatie bogata în tanin (ceai) si în fibre poate sa limiteze într-o oarecare masura absorptia fierului ingerat.

4) Aport de vitamine optim

Pentru aceasta, trebuie evitate alimentele rafinate si privilegiate cerealele complete si leguminoasele (linte, fasole verde uscata, naut…).

Un supliment de drojdie uscata si de germeni de grau, asa cum îi recomandam, sunt apropape indispensabili pentru adolescente.

Aceasta va trebui de asemenea sa consume în fiecare zi fructe si cruditati (bogate în vitamina C) si alimente bogate în vitamina E : uleiul de masline, uleiul de floarea soarelui, fructele oleaginoase…

PROCESUL DE SLABIRE LA ADOLESCENTE

Pe vremuri, înainte de comuniune, în preajma varstei de 11 ani, fetitele erau subtiri,fragile, slabe de-a binelea. Perioada pubertatii, însotita de bulversarile hormonale, le facea sa devina mai rotunde.

La 17 ani, totul revenea oarecum la normal. Unele tinere dobandeau forme (cele care trebuie, Slava Domnului ! indispensabile atributelor feminine), iar silueta lor capata o noua finete.

La 18 ani, corpul atingea plenitudinea fizica si taliile de viespe subliniau conturul pieptului, ferm si ridicat, precum si rotunjumile discrete ale fesierilor. Aceasta era varsta seductiei, a iubirilor si, în mod conventional, a casatoriei.

Astazi, fetita moderna este uneori un pic grasuta înainte de pubertate. Si nu este nimic de mirare, daca ne gandim ca dupa laptele artificial numit « infantil », faina de prima, a doua si a treia varsta, mesele zilnice ale acestora se compun din ravioli sau orez alb, cartofi prajiti,

clatite din aluat congelat, tarte sarate si pizza, fara a uita bomboanele, prajiturile uscate, batoanele de tot felul si bauturile dulci. Prin urmare, înca din frageda copilarie, pancreasul acestora este greu pus la încercare, pregatind astfel organismul pentru viitoarea dereglare metabolica pe care am amintit-o în prima parte a cartii : hiper-insulinismului.

Trecerea la adolescenta, cu bulversarile hormonale de care aminteam, este un handicap cu atat mai mult cu cat modul în care adolescentele se alimenteaza se agraveaza : fast-food, cola, consumul de produse dulci de patiserie si bauturi acloolice.

Kilogramele se instaleaza repede. Pentru a le înlatura, adolescentele sar mesele principale ale zilei si se avânta cu capul în jos în regimuri hipocalorice ale caror consecinte (descrise în prima parte a cartii) sunt amplificate de catre sensibiliatatea particulara a organismului, aflat în plina transformare.

Consecintele acestui tip de comportament sunt clasice :

- cresterea numarului celulelor adipoase (hiperplazie) din cauza restrictiilor. Organismul e cu atat mai mult predispus la aceasta cu cat se afla în plina transformare ;
- agravarea carentelor în nutrienti care favorizeaza aparitia unor probleme serioase de sanatate : oboseala, anemia, sensibilitatea la infectii ;
- reîntoarcerea la o greutate superioara prin efectul de ricoseu, care are un efect nefast asupra moralului subiectului ;
- dezvoltarea tulburarilor de comportament alimentar clasice : bulimia si anorexia.

BULIMIA SI ANOREXIA

Aparent opuse, aceste doua tulburari de comportament alterneaza de fapt deseori la adolescente. Tânara începe prin a dezvolta ceea ce specialistii numesc «dismorfofobie», adica o imagine proasta despre sine (35% dintre ele nu sunt multumite de corpul lor). Aceasta respingere a propriei înfatisari o determina pe adolescenta sa se ataseze de standardele modei în vigoare si sa opteze pentru o restrictie voluntara a aportului alimentar. Aceasta este faza de anorexie.

Dupa aceea, întrucat ii este foame si aceasta foame nu poate fi potolita, ea începe sa manance mult. Aceasta este faza de bulimie, care se poate asocia, asa cum am sups-o mai devreme, cu vomitari voluntare sau ingerarea de laxative, diuretice sau medicamente care taie foamea.

Aceasta situatie este foarte periculoasa, deoarece este susceptibila de a determina o scadere a procentului de potasiu, ceea ce duce la tulburari ale ritmului cardiac si la oboseala musculara intensa. Aceste tulburari de comportament alimentar sunt si mai des întalnite în strainatate (în special în tarile anglo-saxone), unde factorii culturali în materie de alimentatie sunt apropape inexistenti. Conform statisticilor, în Franta episoadele de bulimie s-ar regasi la 8% dintre studente iar cele de anorexie la 5% dintre adolescente.

Daca tratamentele comportamentale reusesc sa îmbunatateasca simtitor soarta persoanelor suferinde de bulime, pronosticul ramane rezervat în ceea ce le priveste pe anorexice, uneori în ciuda spitalizarilor repetate.

CODUL BUNEI CONDUITE ÎN PROCESUL DE SLABIRE

Este stiut faptul ca femeile sunt foarte determinate, aceasta fiind si una dintre marile lor calitati. Unul dintre defectele lor este ca nu dau atentie nuantelor, aceasta conducandu-le uneori la comportamente excesive. În ceea ce priveste alimentatia, este întotdeauna bine sa pastram dreapta masura.

Sfaturile generale din prima parte a acestei carti sunt valabile pentru toti. Cred totusi ca o adolescenta nu ar trebui sa apeleze la faza I, de slabire accelerata, cu exceptia celor care au un surplus ponderal important.

Cu exceptia cazurilor de obezitate patologica, cazuri ce vor face obiectul unei supravegheri de specialitate (de catre un endocrinolog de exemplu), un surplus ponderal de cateva kilograme va putea sa dispara definitiv printr-o modificare a obiceiurilor alimentare (faza II).

În orice caz, adolescenta va trebui sa citeasca si prima parte a cartii . De fapt, este important ca ea sa înteleaga cum functioneaza organismul sau si cum sa recunoasca alimentele, astfel încat sa poata alege corect. Este inutil sa se priveze de un anumit aliment, pentru motivul ca « îngrasa ». Ceea ce trebuie realizat este ca, luat individual, nici un aliment nu îngrasa (cartoful nu îngrasa mai mult sau mai putin decat untul, de ex). Interactiunea dintre alimente si declansarea mecanismelor metabolice de cater unele dintre acestea sunt cele care duc la cresterea în greutate.

Acestea fiind spuse, iata lista sfaturilor care pe care adolescentele ar trebui sa le urmeze pentru a capata un echilibru ponderal si un plus de vitalitate :

- sa mancati de trei ori pe zi, fara sa sariti nici o masa principala ;
- sa evitati glucidele cu index glicemic ridicat si în special pe cele cu indexul glicemic foarte ridicat : cartofii, faina alba, zaharul… ;
- sa evitati sa rontait. Daca vi se face foame în mijlocul zilei, puteti manca fie fructe (în special mere), fie sa gustati, de exemplu, o tartina din paine integrala cu gem « 100% » fructe, fara adaos de zahar. Va puteti oferi din cand în cand placerea unui cubulet de ciocolata neagra cu sau peste 70% cacao.
- sa evitati mesele principale gen fast-food. Daca mergeti într-o pizzerie, alegeti mai degraba vinete gratinate sau rosii cu mozzarella. În cel mai rau caz mancati spaghete, al caror index glicemic este mediu în comparatie cu cel al preparatelor pe baza de faina alba (pizza, hamburger, hot dog…) sau al cartofilor prajiti care are unul dintre cel mai ridicat. ;
- redescoperiti mancarurile bunicii : mancarea de linte, fasolea uscata, mazarea verde deshidratata, rasolul cu varza si praz ;
- mancati lactate. Beti lapte degresat dimineata, la micul dejun. Mancati branza. Redescoperiti bogatia creatiei noastre nationale. Daca nu va place branza, mancati iaurt. Evitati sa consumati branzeturile albe nescurse, caci zerul contine proteine care ar putea antrena un raspuns insulinic excesiv ;
- la micul dejun mancati paine integrala cu un pic de unt sau încercati cerealele brute sau mueslis. Sunt bune si usor de pregatit ;

- nu suprimati grasimile din alimentatie dar alegeti –le pe cele bune din peste (ton, somon, macrou, sardine), uleiul de masline, cel de floarea soarelui si uleiul de nuca ;
- nu consumati bauturile industriale, în special cola. Beti suc proaspat de fructe fara adaos de zahar. Puteti sa consumati un pahar de vin din cand în cand, la sfarsitul mesei de exemplu. Bauturile tari nu vor fi consumate ca apritiv, preferati mai degraba un pahar de vin alb sau un suc de rosii ;
- redescoperiti placerea de a manca si de a gati. Nu trebuie sa ganditi, asa cum au crezut mamele voastre, ca este degradant sa bucataresti. Bucataria este o arta. În prezent, a fi sef bucatar este mai prestigios decat a fi informatician.

PILULA ÎNGRASA ?

Mai mut de 70% dintre adolescentele între 17 si 20 de ani iau pilule. Laboratoarele raman discrete în ceea ce priveste eventualele efecte secundare ale pilulei anticonceptionale asupra greutatii celor care le folosesc.

În trecut, era dificil de negat ca prima generatie de anticonceptionale orale nu genera luari în greutate. Astazi, suntem mai putin siguri ca pilulele de a treia generatie, cele folosite în prezent, au o influenta asupra greutatii, mai ales la adolescentele deja slabe care le folosesc. Cu toate acestea se remarca uneori o crestere în greutate cu aproape 2 kg în primele 6 luni de utilizare. Aceasta nu se datoreaza unei acumulari de gasime, ci unei retentii de apa datorata tratamentului cu estrogeni. Cand luarea în greutate se produce mai tarziu de 6 luni, este vorba într-adevar de un surplus de grasime datorat efectelor anabolizante ale progestogenului.

Informatiile stiintifice referitoare la acest subiect arata ca exista riscul cresterii secretiei de insulina pe care chiar si aceste pilule de a treia generatie îl produc. În concluzie, se pare ca utilizarea pilulelor de catre femeile care au o predispozitie la hiperinsulinism si care au si probleme cu greutatea (obezitate) duce la agravarea problemelor metabolice.

Asta cu atat mai mult cu cat medicii nu prescriu neaparat pilulele din a treia generatie, cu efecte secundare mai mici, ci continua sa recomande din obisnuinta contraceptivele de a doua generatie.

Prin urmare, e bine sa fiti atente, mai ales voi, adolescentele, cu probleme de greutate care începeti tratamentul cu anticonceptionale.În functie de sensibilitatea individuala, luarea în greutate nu este exclusa. Daca se intampla însa sa va îngrasati cu 3 kg e bine sa anuntati medicul care vi le-a prescris.

Respectarea principiilor Metodei este cu atat mai recomandata în acest caz, deoarece ea are ca scop reducerea cantitatii de insulina produsa de pancreas. Trebuie totusi sa recunoastem ca anticonceptionalele orale amelioreaza problemele de acnee.

ADOLESCENTA, SPORT SI NUTRITIE

În perioada adolescentei este recomandat sa faceti sport. Practicarea regulata si rezonabila a unui sport este garantia unei bune sanatati a sistemului muscular, respirator si

cardiac, fara a mai pune la socolteala faptul ca este un mijloc excellent de a petrece timpul cu prietenele. Ratia proteica a unei sportiveal carui organism este în crestere trebuie sa fie de 1,5g/kg pe zi, dar aceasta va trebui sa consume cantitati mai mari de carne, peste, lactate si oua si sa bea multa apa pentru a elimina acidul uric si urea datorate efortului.

Muschii sunt organele cele mai solicitate atunci cand practicam o activitate sportiva. Glucoza este principalul lor carburant. Aceasta glucoza este stocata în corp sub forma de glicogen : ficatul si tesuturile musculare sunt într-un fel rezervele sale. Dupa digestie, toate glucidele se transforma în glucoza (cu exceptia fructozei).

Sportivilor li s-a recomandat frecvent sa consume « glucide lente » în întampinarea efortului fizic. Astazi se stie ca aceasta notiune este eronata si ca, înainte de orice efort muscular, trebuie consumate glucidele cu index glicemic scazut (fructe, cereale, pâine integrala, leguminoase, paste complete).

Consumul de cartofi, orez alb, dulciuri si produse de patiserie nu poate duce decât la o crestere rapida a nivelului glicemiei (cresterea cantitatii de glucoza din sânge) a carei consecinta este, asa cum stim, cresterea ridicata secretiei de insulina. La doua – trei ore dupa ingerare, aceasta poate fi cauza unei hipoglicemii ce se va manifesta în principal printr oboseala, activitatea fizica fiind astfel prejudiciata. Aceasta este faimoasa « efect de pompa ».

În ajunul unei competitii sportive importante, ar fi bine sa tineti seama de urmatoarele :

- cina trebuie sa contina glucide cu index glicemic scazut, de exemplu paste integrale sau leguminoase (linte, fasole, naut, gris integral). Acest aport de glucide bune va permite sustinerea unui efort pe o perioada mai îndelungata ;
- la micul dejun, care va trebui luat cu trei ore înaintea competitiei, mâncati pâine completa cu gem de fructe fara zahar si/sau cereale brute (fara zahar), însotite de un lactat cu 0% grasimi (lapte cald sau rece, un iaurt sau brânza de vaci) ;
- efortul sportiv necesita un aport important de apa, mai ales daca temperatura este ridicata. Prin urmare e necesar sa beti apa, apa cu lamâie sau ceai chiar de la trezire, cu înghitituri mici si repetate. Se stie ca deshidratarea este frecventa la sportivi ;
- în timpul efortului fizic, si mai ales daca acesta dureaza mai mult, e necesar sa continuati sa aprovizionati glicogenul.

INFORMATII SUPLIMENTARE

Alcoolul este un carburant pe care muschii nu stiu sa-l foloseasca. În ciuda anumitor idei preconcepute, el nu poate ajuta cu nimic muschii. Acesta este în special cazul berii. În plus, bauturile alcoolice sunt diuretice si provoaca prin aceasta deshidratarea.

Regimul scandinav care consta în eliminarea glucidelor din a sasea zi pâna în a patra dinaintea competitiei sportive si, invers, eliminarea consumului de paste si a orezului în a treia zi care precede proba sportiva, este rezervata sportivilor de performanta, sub stricta supraveghere medicala. Acest regim nu trebuie adoptat de sportivul amator.

Crampele si întepaturile pot avea mai multe cauze : o hidratare insuficienta, o lipsa de glicogen, o stare hipoglicemica, un exces de acid în muschi…

În timpul activitatii musculare sustinute, secretia de insulina este în mod automat scazuta, aproape nesemnificativa. A bea lichide în timpul efortului fizic este o necesitate nu doar un sfat. Pentru aceasta putem prepara o bautura dintr-un litru de apa, patru linguri de fructoza si sucul a doua lamâi.

Daca sportul respectiv o permite (ciclismul), putem consuma în voie în timp ce-l practicam fructe uscate sau batoane energizante (ce au în compozitie cereale brute, migdale sau fructe).

Iata cum, gratie unei alimentatii bine concepute si unui antrenament muscular si respirator minimal, cele câteva ore (sau ziua întreaga dedicata activitatilor sportive) se pot derula în conditii fizice optime, fara oboseala excesiva sau taierea respiratiei.

În acest fel, practicarea sportului va deveni o placere pentru adolescente.

CUM SA AVETI O PIELE FRUMOASA

Starea pielii, a unghiilor si a parului reflecta deseori starea de sanatate. O piele terna, un par gras care se rupe usor sau care are vârfuri despicate, unghii cu pete albe sau exfoliate sunt indicii unui organism defectuos.

Cauzele acestor tulburari rezida deseori într-o hranire dezechilibrata, ducând la carente în vitamine, oligoelemente, saruri minerale, si acizi grasi esentiali.

În efect :

- vitaminele A şi E sunt determinante pentru calitatea pielii[41];
- vitamina B5 favorizează hidratarea cutanată şi fortificarea bulbului pilos ;
- vitamina B8 protejează împotriva îngrăşării părului sau a căderii lui;
- zincul reglează secreţia sebumului (anormal în caz de acnee) şi contribuie la calitatea părului.

Se pot întotdeauna găsi aceste nutrimente în diverse produse cosmetice, pe care le folosim zilnic, dar mijlocul cel mai sigur este de a le absorbi prin intermediul alimentaţiei cotidiene. A lua suplimente alimentare de sinteză, a cărăr absorbţie intestinală este slabă nu constituie soluţia cea mai bună.

Putem însa folosi cu succes doua produse alimentare foarte bogate în nutrienti : germenii de grâu si drojdia de bere.

Acneea, care se manifesta la pubertate, se datoreaza unui exces de sebum (secretie grasa a pielii) care se complica datorita unor infectii. Aceasta nu are deci nici un raport cu alimentatia.

Adolescentele care sufera de acnee pot sa manânce fara grija ciocolata neagra cu mai mult de 70% cacao si cârnaciori. Surmenajul, neodihna si tabagismul pot sa contribuie la deteriorarea serioasa a pielii.

[41] A se vedea tabelul vitaminelor

CUM SA PREVENITI CELULITA ?

Celulita este povara femeilor adulte, caci în aceasta perioada a existentei lor este mult mai evidenta. Celulita este însa rezultatul unui lung proces care începe în adolescenta. Se întelege de ce cel mai bun mijloc de a o evita este prevenirea ei.

Celulita are cauze multiple : genetice, hormonale, circulatorii, alimentare si psihologice, dar factorul initial este întotdeauna cel hormonal. Acesta consta într-un exces de secretie de estrogeni sau într-o hipersensibilitate la estrogeni, chiar atunci când cantitatile acestora sunt norale. Acestia din urma actioneaza asupra celulelor grasoase (adipocite) favorizând cresterea numarului sau dimensiunilor acestora;

Aceasta umflare a celulelor grasoase se produce cu atât mai mult cu cât repartizarea grasimii subiectului este de tip ginoid: tendinta de a avea fesele, pulpele si coapsele pronuntate.

Schema producerii celulitei este simpla: sub actiunea estrogenilor, adipocitele îsi maresc volumul si comprima vasele. În aceste conditii, schimburile circulatorii sunt defectuoase. Zona subcutanala se îngroasa (faimoasa « coaja de portocala »), deseurile celulare sunt prost evacuate, miscarile de apa sunt perturbate, retelele de nervi sunt comprimate (prezenta durerilor). Tesutul conjunctiv de sustinere se întareste si duce la compartmentarea depozitelor grasoase.

Cu numele hormonilor care sunt responsabili în parte de formarea celulitei numim si insulina (a carei secretii importante este, asa cum am vazut la începutul acestei carti, în functie de alegerile alimentare). În caz de stress, cei care se fac responsabili la rândul lor de aparitia celulitei sunt corticoizii glandelor suprarenale.

Prima masura de prevenire consta în evitarea tuturor delincventelor alimenatre, prin aplicarea principiilor alimentare din aceasta carte.

Daca subiectul prezinta deja, dupa pubertate, tulburari circulatorii în zona picioarelo, cu tendinte de umflare, trebuie sa evite baile prea fierbinti si expunerile îndelungate la soare. Medicul va putea de asemenea sa prescrie si un tratament împotriva insuficientei venoase.

Este de necesara si evitarea hainelor si a lenjeriei stranse pe corp, care jeneaza circulatia sangvina (jeans sau alti colanti).

Practicarea sportului va fi si ea necesara pentru combaterea sedentarismului cu atât mai mult cu cât muschii care nu sunt suficienti dezvoltati lasa loc mai repede pernutelor grasoase.

În sfârsit, nu e niciodata prea târziu sa începem sa combatem stresul. Tehnici precum yoga sau sofrologia pot fi de mare ajutor în acest domeniu.

4

FEMEIA DE 30 DE ANI

Femeia adultă, a cărei arhetip este femeia de 30 de ani, este prin definiţie în forţa vârstei. Adolescenţa nu mai este pentru ea decât o vagă amintire şi menopauza pare încă un orizont îndepărtat a cărui idee este aproape de neconceput. Această perioadă din viaţa femeii este, în general, marcată printr-o activitate profesională intensă şi o viaţă conjugală activă în care sarcina (graviditatea) este un eveniment major.

În această tranşă de vârstă, care merge de la 30 la 45 de ani, obiceiurile alimentare ale femeii sunt diverse. Ele variază după educaţie dar mai ales în funcţie de timpul care e rezervat pregătirii mesei. Cercetările au arătat că aceste obiceiuri, chiar dacă sunt mai bune ca la adolescente, sunt în general de natură să provoace o fragilizare a organismului. Ele, scot la iveală excese (prea mult zahăr, prea multă sare, prea multă făină albă, nu destule legume, fructe şi băuturi) putând expune femeile la carenţe (deficit de fier, de vitaminele C, E, B, de calciu şi magneziu). Se adaugă unele riscuri de îngrăşare şi de celulită, fără a pune la socoteală oboselile cronice. O restabilire a obiceiurilor alimentare este deci, particular necesară pentru această categorie de femei, a căror dorinţă este nu doar de a place ci şi de a fi în plină formă.

PROGRAMUL „ÎN PLINĂ FORMĂ”

Sfaturile pe care le-am formulat în capitolul despre adolescente, rămân valabile aici cu câteva nuanţări. Pentru a evita oboseala şi o mare vulnerabilitate la stres, atenţia va trebui îndreptată spre unele puncte.

1. Sa asigurăm un aport suficient de magneziu

Tendinţa modernă, care constă în a consuma cu prioritate alimente rafinate în detrimentul celor naturale, brute precum leguminoasele, produce un deficit cronic de magneziu.

COMPARAŢIA CONŢINUTULUI ÎN MAGNEZIU

Alimente rafinate (conţinut pentru 100 g)		**Alimente brute (conţinut pentru 100 g)**	
Pâine albă	30 mg	Pâine completă	80 mg
		Pâine integrală	90 mg
Orez alb	30 mg	Orez complet	140 mg
Paste albe	52 mg	Paste integrale	70 mg

Raţia obişnuită a femeilor franceze de magneziu este de 210 mg pe zi,]n condiţiile în care aportul recomandat este de 330 mg. Această carenţă favorizează oboseala, crampele, hiperemotivitatea şi spasmofilia.

Alimente bogate în magneziu	
Cacao în pudră (Van Houten)	420 mg/100g
Germeni de grâu	400 mg/100g
Migdale	260 mg/100g
Ciocolata cu peste 70% cacao	200 mg/100g
Fasole uscată	160 mg/100g
Nuci şi alune	140 mg/100g
Orez complet	140 mg/100g
Fulgi de ovăz	130 mg/100g
Linte	90 mg/100g
Pâine integrală	90 mg/100g
Smochine uscate	85 mg/100g
Paste integrale	70 mg/100g

2. Să avem un aport satisfăcător în vitamina B6

Oboselile însoţite de iritabilitate, adică mici depresii, la femeile care iau pilula, sunt generate de un deficit de vitamina B6. Studiul lui Valde-Marne a arătat că 85 % din femei au un aport mai mic decât cel recomandat, având în vedere anumite obiceiuri alimentare greşite. Acest deficit poate fi agravat prin luarea pilulei, o sarcină recentă sau abuzul de glutamat, un intensificator de gust care se găseşte mai ales în felurile de mâncare industriale.

Se ştie dealtfel că o insuficienţă de vitamina B6, în afară de simptomele pe care le-am citat deja, poate produce senzaţii de vertij, o dereglare a secreţiei de sebum (o piele şi un păr grase), dar şi o poftă foarte mare de dulciuri (prin lipsa serotoninei).

Doza de vitamina B6 care trebuie luată este de 2 mg pe zi. O vom putea procura mâncând următoarele alimente:

- drojdie de bere 4 mg pentru 100 g
- germeni de grâu 3 mg pentru 100 g
- boabe de soia 1,5 mg pentru 100 g
- avocado 0,6 mg pentru 100 g
- legume uscate 0,5 mg pentru 100 g
- orez complet 0,5 mg pentru 100 g
- peşte 0,4 mg pentru 100 g

3. Să avem un aport corect în vitamina C

Chiar dacă dezbaterile experţilor pentru a stabili dacă vitamina C în doză mare are efecte tonifiante, rămân întotdeauna deschise, suntem convinşi azi că multe din efectele ei sunt deosebit de benefice:

- stimulează apărarea organismului împotriva infecţiilor;
- ajută în lupta împotriva stresului favorizând sinteza unor hormoni (steroizii);
- ajută absorbţia fierului şi sinteza L-carnitinei;
- protejează împotriva daunelor cauzate de fumat.

Invers, ştim că un deficit de vitamina C favorizează unele efecte negative:

- oboseala;
- suflul greu la efort;
- somnolenţa;
- durerile musculare;
- riscurile de infecţii.

Pentru acest lucru se recomandă asigurarea unui aport zilnic de 80 până la 90 mg de vitamina C.

Cantităţile de alimente care aduc un aport de 50 mg de vitamina C	
30 g coacăze negre	70 g creson
25 g kiwi	80 g varză roşie crudă
50 g ardei crud	100 g citrice
25 g pătrunjel	200 g ficat sau rinichi
50 g hasmaţuchi	

La fumătoare nevoia de vitamina C este în mod particular crescută. Ştim efectiv că a fuma un pachet de ţigări pe zi distruge circa 50 mg de vitamina C. Femeia care fumează trebuie deci să asigure un aport de 150 până la 200 mg, în funcţie de consumul de ţigări, în scopul de a evita tot deficitul şi de a proteja celulele sale împotriva oxidării.

Este în acelaşi timp inutil şi primejdios să ajungem la aporturi prea mari, căci ele pot favoriza, spre exemplu, apariţia de calculi în urină (colici nefritice).

În final, trebuie să ştim că vitamina C de sinteză, care se găseşte în comprimate, nu este la fel de bine absorbită de organism ca cea care este conţinută natural în alimente.

4. Să evitam orice risc de hipoglicemie

(se ia din capitolul 6 al primei părţi)

FRÂNELE SLĂBIRII

În materie de slăbire, egalitatea dintre sexe nu este întotdeauna o regulă. Chiar dacă iau toate mesele împreună şi împărtăşesc o aceeaşi alimentaţie, atât ca natură (conform principiilor metodei) cât şi cantitativ, bărbatul şi femeia pot ajunge la rezultate foarte diferite. După câteva luni, bărbatul va putea să se felicite, de exemplu, că are 10 kg în minus pe când femeia va fi dezolată pentru că nu a pierdut decât 3 kg. Doamna, va fi atunci tentată să se gândească că „metoda M. merge mai bine la bărbaţi decât la femei”, uitând puţin cam repede că prietena ei cea mai bună (cea care a sfătuit-o să cumpere cartea) a pierdut cele 8 kg fără probleme, în două luni. Concluzia doamnei va fi deci trasă un pic prea devreme.

Este efectiv greşit pusă problema, ...doar dacă vrei cu orice preţ să pui în paralel două entităţi necomparabile. Nu doar pentru că pot exista sensibilităţi foarte diferite între două femei, dar şi pentru că între ea şi un bărbat, numărul punctelor care diferă este considerabil.

FEMEILE SUNT MAI „GRASE” DECÂT BĂRBAŢII

Organismul feminin are o masa de grăsime mai importantă decât omologul masculin: 22 până la 25 % spre deosebire de 17 % la bărbaţi. Această „distincţie” se traduce printr-un capital de celule de grăsime (adipocite) mai important.

O REPARTIŢIE DE GRĂSIME DIFERITĂ

La femeie, repartiţia masei grase este mai des de tipul ginoid (sub talie), cu o eventuală complicaţie celulitică. La bărbat ea este mai des de tip android (deasupra taliei).

Această topografie feminină particulară (şolduri, fese şi coapse generoase) are o funcţie naturală bine precizată: asigură o rezervă energetică previzionând o eventuală sarcină sau alăptară. Grija vitală constă în asigurarea de rezerve pentru cazul în care intervine o foamete sau o penurie, este anacronic astăzi în ţările noastre industrializate, dar organismul feminin e pregătit cu un reflex ancestral.

Celulele adipoase de la baza corpului femeii, au efectiv receptori particulari „programaţi” mai mult pentru a acumula rezerve decât pentru a scăpa de ele. Excesul eventual de greutate, la acest nivel anatomic, este deci mult mai rezistent la orice tentativă de a slăbi.

O SENSIBILITATE SPORITĂ LA HORMONI

Contrar bărbatului, femeia, atunci când este în activitate genitală, este dirijată de climatul său hormonal. Pubertatea, sarcina, un dezechilibru de estrogen/progesteron şi menopauza sunt aşadar etape de risc putând favoriza o eventuală luare în greutate.

În perioada premenstruală, adică în cursul celor câteva zile care preced ciclul menstrual, pot avea o exacerbare a poftei de mâncare ca şi o tendinţă la compulsii[42] glucidice, adică o dorinţă de alimente dulci. Această perioadă este însoţită adesea de mici tendinţe depresive (căderi de serotonină), dorinţa de dulciuri se explică cu atât mai bine cu cât ele contribuie cu siguranţă la ridicarea nivelului serotoninei.

Trebuie să precizăm că unele tratamente hormonale, care sunt greşit conduse, pot de asemenea să favorizeze luarea în greutate (vezi capitolul 5 din această a doua parte).

UN TRECUT AL FEMEII „INCĂRCAT” ÎN REGIMURI SUCCESIVE

Bărbaţii întreprind în general, primul lor regim de slăbire între 35 şi 45 de ani, aproape de momentul în care problema devine radicală, în acelaşi timp în care renunţă la activitatea

[42] **Compulsie** = tendinţă care nu poate fi reprimată de a satisface unele acte pentru a preveni sentimentul de angoasă care se naşte din neîmplinire (lat. c*ompulsio*)

sportivă, se opresc din fumat, schimbă situaţia profesională şi uneori chiar de viaţă conjugală. Într-un fel, ei sunt „virgini de orice regim”. Aşadar, organismul lor reacţionează mult mai bine şi slăbirea are loc mai uşor.

În schimb femeile se supun voluntar la privaţiuni alimentare şi acest lucru încă de la pubertate. Ele pleacă în luptă cu ideea de a combate anumite rotunjimi datorate adolescenţei, dar şi de a elimina suprasarcini ipotetice care sunt consecinţa standardelor slăbănoage pe care le vehiculează magazinele feminine.

Anii de şcolarizare sunt aşadar, conferiţi regimurilor hipocalorice repetate. De-a lungul timpului, organismul se găseşte „încălzit” de aceste pierderi în greutate succesive, mereu urmate de o revenire ponderală, iar instinctul de supravieţuire pune la lucru unele mecanisme de reglare al căror obiectiv este de recuperare a grăsimile pierdute, dar de asemenea şi mai ales de consolidare a lor, creând astfel o rezistenţă la orice tentative de a mai slăbi în continuare.

Pentru o mai bună prevenire, organismul merge chiar până la a înmulţi numărul celulelor de grăsime pentru a putea acumula maximum de rezerve. Şi astfel, obezitatea hipertrofică (adipocitele se umflă de grăsime) se adaugă unei obezităţi hiperplastice (crearea de noi adipocite).

ATENŢIE LA CARENŢELE PROTEICE

Contrar bărbaţilor, femeile nu sunt foarte „carnivore”. În plus, ele mănâncă mult mai puţin brânză şi preferă mai puţin ouăle. În concluzie, aceste gusturi ale lor fac ca raţia proteică să fie adesea insuficientă şi să se transforme în carenţă atunci când întreprind regimuri hipocalorice.

Ori, s-a arătat foarte clar că o insuficienţă de proteine în alimentaţie, împiedică diminuarea masei de grăsime şi duce la o rezistenţă la slăbire.

IMPACTUL STRESULUI

Stresul apare ca urmare a unor grave perturbaţii afective (deces, divorţ, şomaj...), subiectul feminin se pune pe slăbit. Acest lucru nu este de fapt decât consecinţa automată a unei diete forţate de împrejurări. Nu pot înghiţi nimic pentru că stomacul lor este „nervos”, dar această situaţie nu este decât provizorie. În faţa stresului se produce mai degrabă o luare în greutate, care poate apare imediat sau, de regulă, într-un scurt timp. În acest caz două serii de factori sunt motivul: factorii de comportament şi factorii biochimici

Factorii comportamentali

În faţa faptului că „îi este rău”, mănâncă pentru a umple golul care îi provoacă „angoasă”.

Aceste tulburări ale comportamentului alimentar se manifestă, cum am spus deja mai sus, prin diverse atitudini:

- un ronţăit sistematic;
- compulsii cu sau fără dorinţă de dulciuri;
- tendinţe bulimice, adică „hiperfagice[43]”.

În acest fel 40 % din femei mănâncă atunci când sunt supărate, îngrijorate, neliniştite, plictisite.

Factorii biochimici

Stresul declanşează numeroase reacţii biochimice în corp:

- scăderi ale hormonilor de creştere;
- secreţii de endrofine;
- secreţii de cortizol[44].

Ori, aceste modificări stimulează lipogeneza, adică stocarea grăsimilor (direct sau prin declanşarea unui hiperinsulinism). Femeia este cu atât mai mult subiectul acestei eventuale îngrăşări, cu cât ea este mai sensibilă la stres decât bărbatul. Carenţele sale în nutrimente (magneziu, vitamina B6, fier...) o fac mult mai vulnerabilă.

O reorientare alimentară, bogată pe plan nutriţional, va permite diminuarea în mod natural, a unei însemnate părţi a riscurilor datorate stresului.

SĂ MÂNCĂM BINE TIMP DE NOUĂ LUNI

...ŞI LA FEL ÎNAINE

Sarcina este unul din momentele importante din viaţa unei femei, de aceea este de dorit ca ea să se pregătească bine şi mental şi psihic. Slăbirea, dacă este necesară, trebuie întotdeauna să aibă loc înainte de sarcină. Cu toate că va fi întotdeauna timp după, majoritatea femeilor femeilor îşi spun că ele vor cu orice chip să piardă în greutate în timpul sarcinii, realizând două lucruri dintr-o lovitură. Eroare ! În caz de suprasarcină ponderală este mai de dorit să o facem să dispară, pe cât posibil, înainte de sarcină şi asta pentru a evita consolidarea sa după naştere, dar de asemenea şi mai ales pentru a evita complicaţiile fetale sau maternale (hipertensiune arterială, diabet, eclampsie).

O pierdere în greutate preconizată după principiile hipocalorice obişnuite ar fi, în mod particular periculoasă, căci se ştie că ea creează carenţe importante în vitamine, săruri minerale şi oligoelemente într-un moment în care organismul uman şi-a dublat nevoile. Doar o slăbire efectuată după recomandările metodei M. va putea garanta, în afară de menţinerea rezultatelor, necesarul de nutrimente indispensabile unei bune creşteri a fătului[45].

---

[43] **hiperfagia** se manifestă prin consumul crescut de alimente

[44] **Cortizol =** principal hormon al glandei corticosuprarenale. (din fr. *cortisol)*

[45] Vezi, de acelaşi autor, ***Să prevenim şi să combatem obezitatea la copii***, ediţia Flammarion

ÎN TIMPUL SARCINII

În timpul celor nouă luni, viitoarea mamă va trebui să asigure dezvoltarea optimă a fătului, fără însă a-şi epuiza propriile rezerve. Pentru acest lucru alimentaţia sa va trebui să fie aleasă de aşa manieră încât să aducă nutrimentele necesare, repartizate armonios pe toată durata zilei. Alegerile nutriţionale generoase pe care le recomandăm, răspund la această cerinţă. La principiile importante ale metodei, se vor adăuga sfaturile următoare:

- să mâncaţi pentru doi, nu este necesar. Trebuie, însă să mâncaţi de două ori mai bine;
- asiguraţi un aport corect de proteine animale (carne, păsări de curte, peşte, ouă, lactate...) dar şi proteine vegetale (alimente complete, leguminoase, derivate de soia). Proteinele asigură efectiv construcţia bebeluşului. Evitaţi în acest timp consumul de ficat mai mult de o dată pe săptămână, pentru a elimina orice eventual risc de intoxicare cu vitamina A. De asemenea, va trebui să evitaţi carnea crudă, ca biftecul tartar, dar şi scoicile (risc de infecţii);
- faceţi plinul de calciu, o dată pentru a construi scheletul copilului dar şi pentru o bună protecţie a stocului mamei. Deci, veţi putea mânca un lactat la fiecare masă (lapte, brânză, iaurt, brânza de vaci) dar trebuie să vă străduiţi să consumaţi şi alte alimente care conţin calciu (drojdie de bere, ape minerale, ouă...);
- asiguraţi un aport corect de fluor consumând cu precădere apele minerale care-l conţin (Badoit, Vichy..)
- aduceţi un aport suficient de fier în scopul de a se evita o anemie, oboseala sau vulnerabilitatea la infecţii (sângerete negru, carne, leguminoase, fructe deshidratate şi ouă);
- evitaţi carenţele în acid folic (vitamina B9) care ar putea produce malformaţii fătului. Pentru acest lucru, consumaţi de preferinţă drojdie de bere, germeni de grâu şi leguminoase;
- luaţi o porţie de fibre suficientă, nu doar pentru că alimentele care le conţin sunt bogate în vitamine şi săruri minerale, dar şi pentru a evita orice risc de constipaţie. Va trebui deci să consumaţi regulat fructe, crudităţi, legume verzi, salate, cereale complete şi leguminoase;
- beţi suficientă apă pentru a evita deshidratarea, a favoriza tranzitul intestinal şi a evita infecţiile urinare. Natural, veţi evita alcoolul care este periculos pentru bebeluş;
- evitaţi să luaţi medicamente sau suplimente alimentare, fără avizul medicului;
- mâncaţi variat pentru a evita orice carenţe dar şi pentru a obişnui copilul cu o anumită diversitate alimentară. Chiar din a patra lună de sarcină fătul percepe gustul. Cu cât mai mult va descoperi alimentele în burta mamei sale, cu atât diversificarea alimentară va fi mai uşoară după naştere ;
- în sfârşit, nu fumaţi căci tabagismul este periculos pentru făt: el favorizează în special naşterea unui bebeluş de greutate mică şi creşte riscul de moarte subită a sugarului.

Ca şi consecinţă a anumitor sarcini se constată o puternică luare în greutate (de la 15 la 20 kg.) care nu este niciodată justificată. Luarea în greutate normală este de ordinul a 8 kg şi poate fi structurată în modul următor:

- 3,5 kg pentru fătul la termen;
- 500 g pentru placentă;
- 1 kg pentru uter;
- 700 g pentru lichidul amniotic;
- 1 kg pentru creşterea volumului sânilor;
- 1,3 kg pentru creşterea masei sanguine.

Luarea excesivă în greutate

Diferenţa dintre luarea în greutate teoretică (8 Kg) şi o realitate superioară se explică în modul următor: în al doilea trimestru de sarcină, fătul se măreşte un pic şi mama are tendinţa (inconştientă, din reflex) să constituie grăsimi de rezervă pentru cazul când ar surveni o foame la sfârşitul sarcinii. Riscul de luare în greutate este cu atât mai mare cu cât alimentaţia este hiperglicemiantă (bogată în glucide rele). Urmarea principiilor metodei permite deci asigurarea celor mai bune măsuri de prevenire.

De asemenea, luarea în greutate poate să fie legată de o retenţie excesivă de apă, uneori cu edeme, în general legate de tulburări venoase. În acest caz, se impune o supraveghere medicală strictă pentru că această situaţie poate ascunde o hipertensiune arterială sau albumină în urină.

Indiferent care este cauza, luarea în greutate trebuie să fie apreciată în funcţie de greutatea de plecare, ţinând cont de talie (înălţime). Femeia care cântărea deja 60 kg înainte de sarcină şi care măsoară 1,5 m nu trebuie să ia mai mult de 8 kg. Aceea care cântărea 52 pentru 1,75 m va putea să ia 15 kg fără probleme, căci ea pleacă cu rezerve foarte slabe. Le va pierde, de altfel, foarte uşor după naştere.

La rândul său, alăptarea maternă favorizează pierderea grăsimii excesive. Este ca şi cum dacă organismul pompează în rezerve, ele se constituie. Alăptând îl ajuţi deci să-şi regăsească linia.

INEVITABILA CELULITĂ

Celulita este într-un fel coşmarul tuturor femeilor dar, din nefericire, ea nu devine o preocupare serioasă decât atunci când s-a instalat deja într-un mod evident.

Acest subiect a fost deja tratat în parte, în capitolul despre adolescenţă, dar niciodată nu revenim de ajuns asupra faptului că cel mai bun mijloc pentru a da de capăt acestei dizgraţii este de a face tot posibilul pentru prevenire, mult înainte de a identifica primele simptome.

Nu este niciodată prea târziu pentru a acţiona, dar trebuie să admitem că nu există **o** soluţie ci un cumul de măsuri care, puse în practică conjugat, pot ameliora situaţia în mod serios.

Celulita este rezultanta a patru factori:

- o predispoziţie naturală la femeie;
- un dezechilibru hormonal;
- proaste obiceiuri alimentare;
- o greşită igienă de viaţă.

Lucrând asupra ultimilor doi factori, se va putea stopa procesul de evoluţie, adică de a-l inversa. Dar, încă o dată, pentru a se ajunge la acest lucru, va trebui să abordaţi problema global, ceea ce va implica o revizie a modului vostru de viaţă. Iată lista măsurilor care vor trebui luate în mod conjugat:

- ***Corectaţi orice exces ponderal***

Grăsimile de rezervă agravează efectiv compresiunile datorate celulitei. Odată dispărut excesul de greutate se va putea discerne mai bine ce este realmente imputabil celulitei, mai ales sub aspect estetic. Atunci se va putea, printre alte acţiuni, întreprinde un eventual tratament local.

- ***Adoptaţi bune obiceiuri alimentare***

Acest principiu implică faptul că înainte de orice, s-au abandonat toate proastele obiceiuri „ale mesei". Pentru acest lucru, va fi suficient să adoptaţi pentru totdeauna principiile importante ale metodei, favorizând consumul de glucide cu IG scăzut în detrimentul glucidelor rele (cu IG ridicat).

- ***Trataţi insuficienţa venoasă***

Insuficienţa venoasă, mai comun denumită „proastă circulaţie", este o afecţiune curentă la femei în general şi apare sistematic la cele care prezintă simptome de celulită. Problemele circulatorii se produc sau se agravează nu doar prin sedentarism ci şi prin obiceiuri ale vieţii moderne: port de haine prea strâmte, băi prea calde, expuneri la soare prelungite.

În cele mai serioase cazuri, un tratament medical poate fi de un mare ajutor dar în majoritatea lor, vechile remedii ale bunicii rămân cele mai bune: fântâna abatelui Souris, contralovitura abatelui Perdrigeon, extractul de castană de India. Aceste trei produse naturale „ vechi precum lumea" şi inofensive, dar nu mai puţin eficace, sunt încă disponibile, mulţumesc Doamne! în toate farmaciile.

Câteva minute de gimnastică zilnică, cu sărituri de coardă de exemplu, şi câteva şedinţe de exerciţii fizice, de două sau trei ori pe săptămână (mers, jogging, bicicletă, nataţie), sunt în mod particular indicate. Unul din exerciţiile deosebit de eficace este de a nu lua niciodată liftul şi de a urca lent scările două câte două.

- ***Luptaţi contra stresului***

Natural, nu este vorba de a căuta să diminuăm stresul luând tranchilizante sau alte anxiolitice ci mai curând practicând relaxarea, yoga sau sofrologia. Acupunctura ca şi unele prescripţii homeopatice sau fitoterapeutice pot şi ele contribui cu succes la lupta împotriva stresului.

- ***Aplicaţi creme locale***

Aplicarea de creme zise „anti-celulitice" va conduce întotdeauna la un eşec total dacă nici una din celelalte măsuri nu au fost întreprinse simultan. S-a putut remarca efectiv, că dacă în timpul aplicării lor au fost însoţite de măsurile recomandate mai sus, ele au permis

obţinerea celor mai bune rezultate. Cremele pe bază de cafeină „ameliorează” considerabil celulita superficială, dar va trebui totuşi să evitaţi masajele prea profunde care ar putea „ridica” nodulii şi a face să se „clatine” o celulită până atunci bine fixată.

REMEDII MIRACOL

Există două remedii care pot fi clasate în această rubrică, chiar dacă unele „spirite îndurerate” nu pierd ocazia de a le califica drept fanteziste. Primul dintre ele este alăptarea.

Efectiv, au fost multe cititoare ale cărţilor mele precedente care mi-au semnalat că au scăpat de celulită după ce au alăptat, toate urmând principiile metodei. Acest lucru nu s-a întâmplat înainte de sarcină. Deci, era aparent necesar cumulul a doi factori pentru ca rezultatele să apară: alăptarea şi schimbarea obiceiurilor alimentare. Viitoarele mame vor putea încerca.

Pentru celelalte, este valabil al doilea „remediu miracol”, dacă îşi doresc acest lucru. Este vorba de o cură cu ulei de ficat de morun, tot în asociere cu schimbarea obiceiurilor alimentare. Este ştiinţific demonstrat că, consumul de ulei de peşte conduce la o diminuare substanţială, mai ales a masei grase abdominale (lucrări de Grosco şi Belzung). Unele persoane din anturajul meu au făcut această experienţă şi consumând zilnic echivalentul unei linguri şi jumătate (lingură de supă) de ulei de ficat de morun, timp de cel puţin 4 luni, aplicând în acelaşi timp principiile metodei. Ele au obţinut rezultate interesante care constau în diminuarea sau suprimarea celulitei lor.

Cel mai dificil nu este să crezi ci să încerci, căci trebuie să recunoaştem că este necesar un anumit curaj pentru a începe şi a continua experienţa! Eu am sfătuit pe cele care nu se dau în lături de la nimic, că cea mai bună tehnică pentru a înghiţi „poţiunea” în chestiune este de a o pune într-un pahar (sau mai degrabă într-un borcan de iaurt pe care îl putem după aceea arunca) şi de a o bea dintr-o dată ţinându-se de nas... iar după, să înghită sucul a două lămâi, natural fără zahăr. Este dur dar pare că aşa, merge!

MARILE MIJLOACE

Dacă tot ce v-am propus până aici nu v-a condus la nici un rezultat satisfăcător, rămâne să consultaţi un practician specialist în medicină estetică. Acesta va determina tratamentul cel mai adecvat pentru natura celulitei. Există de acum înainte multe posibilităţi terapeutice: drenaj limfatic, celulolipoliză, lipoject, liposucţiune....

Inconvenientul acestor tratamente este bine evidenţiat în preţul lor ridicat.

LUAREA ÎN GREUTATE DATORATĂ MEDICAMENTELOR

Acest subiect important este tratat în capitolul 7 din această a doua parte.

RETENŢIA DE APĂ

Am precizat deja că este important a distinge suprasarcina ponderală legată de excesul de masă grasă de aceea care poate fi imputabilă unei retenţii hidrice. Unele femei sunt efectiv, victimele edemelor care predomină la picioare, în regiunea abdomenului şi la mâini. Aceste edeme evoluează prin pusee care sunt ritmice, în mare parte apar în perioada ciclului menstrual. Retenţia de apă maximă are loc înainte de menstruaţie şi se manifestă printr-o umflare notabilă a sânilor şi burţii. Aceste manifestări sunt însoţite uneori de oboseală, suflu greu la efort, dureri de cap, constipaţie putând fi cauzate de tulburări venoase, de anomalii de repartiţie a lichidelor şi adesea de o hiperestrogenie.

CUM SĂ LIMITĂM EFECTELE

Trebuie să începem să limităm consumul de sare la strictul necesar, adică 5 până la 8 g pe zi, evitând orice o conţine în mod natural sare, mezelurile de exemplu.

De altfel, trebuie:

- să asigurăm o alimentaţie suficientă de proteine consumând normal peşte, carne, ouă şi brânză. În acelaşi timp, se cuvine să evităm toate lactatele proaspete şi în mod general, brânzeturile din lapte de vacă;
- să bem, căci cel mai bun diuretic este apa (apa de Vittel mai ales), căci femeile care suferă de retenţie de apă au, în general, tendinţa de a reduce băuturile lor. Ştiţi că apa este încă mai eficace pe plan diuretic, atunci când este consumată prelungit. De altfel, aceasta e o practică curentă în curele termale;
- să evităm luarea de medicamente diuretice, a căror eficacitate este prea adesea discutabilă. Dacă pare că au efect într-o primă etapă, dacă se continuă, ele ocazionează rapid o obişnuinţă din partea organismului. Când se opreşte tratamentul, se soldează în general, cu o agravare a fenomenului.

Recente studii au arătat că eliminarea glutenului din alimentaţia zilnică poate avea efecte deosebit de benefice asupra diminuării retenţiei de apă. Intoleranţa la gluten a unor femei, poate să se manifeste în efect printr-o retenţie de apă excesivă. Este cazul femeilor care suferă de hiopotiroidie.

În cazul constipaţiei, laxativele trebuie şi ele de asemenea evitate. Doar o bună alimentaţie poate permite obţinerea unui tranzit intestinal corect (vezi capitolul 5 din această a doua parte).

În schimb, circulaţia venoasă va trebui să facă obiectul tratamentelor adecvate. Cele care sunt pe bază de vitamina P (flavonoide) sunt în mod particular recomandate.

Folosirea unui pat ridicat (al cărui cap este mai jos decât picioarele), oprirea fumatului şi drenajul limfatic completează „panoplia” de măsuri care pot permite combaterea acestei afecţiuni, din nefericire, cronică.

CUM SĂ NE LĂSĂM DE FUMAT FĂRĂ SĂ NE ÎNGRĂŞĂM ?

Statisticile arată în mod evident, că există un risc important de îngrăşare atunci când ne lăsăm de fumat, ceea ce face pe un mare număr de candidate să se răzgândească.

Se ştie astăzi de ce fumătoarea, atunci când se dedică păcatului său drăgălaş, limitează într-un fel, luarea sa în greutate. Fumatul creşte efectiv cheltuielile energetice prin stimularea metabolismului bazal şi accelerează tranzitul intestinal, limitând astfel absorbţia nutrimentelor care sunt, ca urmare, eliminate în scaune. În plus, se pare că nicotina are ca efect inhibarea secreţiei de insulină.

Să ne imaginăm cum ar fi posibil să adăugăm frustrarea inerentă a regimului hipoocaloric la dificultăţile servajului tabagic. Datorită acestui lucru, urmarea principiilor metodei este singura care trebuie nu doar acceptată dar este şi eficace.

ŞI DACĂ SUNTEŢI VEGETARIANĂ ?

Dacă disciplina vegetariană constând în a nu mânca carne, este motivată de dragostea şi respectul pentru animale, este vorba de o poziţie care merită respect. Dacă, în schimb, argumentaţia se bazează pe ideea potrivit căreia carnea este sursa „toxinelor" dăunătoare pentru organism, se face un raţionament fondat pe noţiuni de fiziologie datând din secolul XIX, care astăzi sunt depăşite. Aceste faimoase toxine nu înseamnă mare-lucru căci este vorba de acidul uric şi uree care se formează ca urmare a consumului de carne. Trebuie să ştim că aceste substanţe, la un subiect normal care bea suficient, sunt perfect eliminate prin rinichi. Organismul, care este în realitate „programat" pentru a se debarasa de aceste deşeuri metabolice, ajunge să fie puternic şi fără daune.

Vegetarienele, care nu consumă nici carne, nici mezeluri, nici păsări de curte, nici peşte, trebuie totuşi să menţină un aport suficient în sub-produse animale, în scopul de a-şi echilibra corect alimentaţia. Pentru aceasta, ele vor trebui să privilegieze consumul de brânză şi ouă.

Pentru a acoperi corect nevoile sale de proteine, trebuie totuşi să posede bune cunoştinţe în nutriţie şi să ştie spre exemplu că proteinele animale şi cele vegetale nu sunt identice sau că unele dintre ele nu sunt asimilabile decât parţial.

Aliment	Proporţia în proteine	Din care procentul de proteine asimilabile
Boabe de soia	35 g/100 g	100 %
Făină de soia	45 g/100 g	100 %
Năut	78 g/100 g	70 %
Linte	24 g/100 g	52 %
Bob[46]	6,5 g/100 g	17 %
Făină de grâu integrală	11,5 g/100 g	36 %

[46] **Bob =** Plantă leguminoasă cu flori albe sau trandafirii, cu păstăi mari şi cu seminţe ovale, turtite (*Vicia faba*); măzăriche

Aşadar, proteinele vegetale nu au aceeaşi valoare nutriţională ca proteinele animale, care sunt asimilabile 100 %; deci, 10 g de proteine provenind din linte nu vor avea de loc aceeaşi valoare ca 10 g de proteine rezultate dintr-un ou.

Aceste noţiuni sunt indispensabile pentru cine doreşte să menţină un aport proteic corect, care este de 1 g de proteine pe zi şi pe kg corp.

Vegetarienele care sunt spre exemplu „mare amatoare" de soia trebuie să ştie că alimentele pe bază de soia nu conţin obligatoriu toate, aceeaşi cantitate de proteine.

Proporţia de proteine a diferitelor produse pe bază de soia	
Făină de soia	45 g/100 g
Boabe de soia	35 g/100 g
Tofu (pate de soia)	13 g/100 g
Germeni de soia	4 g/100 g
Muguri de soia	1,5 g/100 g

La fel, ele trebuie să ştie că sucul de soia impropriu denumit „lapte" de soia, este mult mai slab în calciu (42 mg/100 g) în raport cu laptele de vacă (120 mg/100 g); că proteinele vegetale sunt mai sărace în aminoacizi esenţiali (cei pe care organismul nu îi poate fabrica), că cerealele sunt deficitare în lizină şi leguminoasele în metionină. Asupra acestui ultim punct, ele vor învăţa că este important să asocieze zilnic cereale brute, leguminoase şi oleaginoase (nuci, alune, migdale...). De altfel, numeroase mâncăruri gătite, exotice vechi asociază sistematic cereale şi leguminoase:

- porumb şi fasole roşie în tortilla mexicană;
- seminţe şi năut în cuşcuş maghrebin;
- mei şi arahide în Africa neagră.

În schimb, oul asigură, el singur, o mare bogăţie şi un perfect echilibru în aminoacizi. Vegetariana va trebui, în particular, să vegheze la aporturile sale în fier (vezi mai sus), ştiind că fierul de origine vegetală este de 5 ori mai puţin asimilat decât fierul de origine animală.

De asemenea, în scopul de a evita carenţele de vitamina B12, ea va trebui să prefere în alimentaţia sa o parte din brânzeturi (oaie, capră mai ales), ouă şi alge.

Meniuri vegetariene bine concepute sunt în întregime acceptabile şi pot fi benefice, în particular pentru a proteja împotriva riscurilor cardio-vasculare şi a preveni unele cancere (de colon şi de rect mai ales). Ele rămân totuşi nemulţumitoare pentru copii (în creştere), pentru femei însărcinate şi persoane în vârstă.

Metoda M., perfect compatibilă cu o abordare vegetariană, recomandă consumul multor glucide (cu IG scăzut):

- pâine integrală;
- adevărata pâine completă;
- orez complet;
- paste complete sau integrale;
- linte;

- fasole albă şi roşie;
- bob, mazăre verde deshidratată şi năut;
- cereale complete şi derivatele lor;
- fructe proaspete şi oleaginoase;
- gem de fructe fără zahăr;
- soia şi derivatele ei;
- ciocolată bogată în cacao (> 70 %).

Cele 7 mici dejunuri ale săptămânii, se pot centra pe o pâine bogată în fibre sau pe cereale fără zahăr, asociate la un lactat degresat sau ciocolată caldă (băutura) la nevoie.

Metoda sfătuieşte de altfel, să se ia cel puţin de 3 ori pe săptămână o cină centrată pe glucide bune. Vegetarienele vor putea mări frecvenţa acestor tipuri de mese.

Felul principal va putea fi selecţionat dintre sugestiile următoare:

- orez complet basmati cu sos de roşii;
- paste integrale sau complete însoţite de un sos de roşii cu busuioc sau cu ciuperci;
- linte cu arpagic;
- o mâncare de fasole albă sau roşie;
- mazăre sau bob;
- năut;
- cuşcuş cu seminţe complete fără carne;
- produse pe bază de soia;
- produse pe bază de cereale (plăcinte de grâu);
- alge.

Se va putea adăuga, la nevoie, la acest fel o supă de legume, crudităţi, legume, o salată... şi se va termina masa cu un lactat degresat (brânză albă cu 0 % sau iaurt slab).

Precizăm în sfârşit, că un regim vegetarian în care se suprimă lactatele şi ouăle pentru a nu opri exclusiv decât produsele de origine vegetală, este sursă de cancer adică este periculos.

5

FEMEIA DE 50 DE ANI

Acum un secol, când femeia atingea 50 de ani, ea trecea porţile bătrâneţii. Oprirea naturală a activităţii sale genitale suna într-un fel, clopoţelul carierei sale „femino-feminine”.

Între două bufeuri de căldură, nu îi rămânea decât să-şi exerseze arta de a fi bunică. Astăzi, femeia de 50 de ani este încă o tânără femeie şi în plus, ea dispune de mijloace pentru a rămâne tânără. Hormonoterapia, chiar dacă nu este obligatoriu necesară, poate să o ajute în mod eficace să străbată etapa menopauzei, prelungindu-i o anume tinereţe.

Dar, graţie adoptării unui mod alimentar bogat pe plan nutriţional, ea va putea, nu doar să rămână tânără, dar mai cu seamă, să instaureze o prevenire eficace împotriva unor riscuri de sănătate: osteoporoza, afecţiuni cardio-vasculare, cancer şi îngrăşare.

O dată în plus, este vorba de a mânca bine pentru a rămâne frumoasă, tânără şi sănătoasă, căci se poate să fii bunică păstrându-ţi un corp de femeie tânără.

MENOPAUZA

Menopauza este la modă. Sau mai degrabă să spunem că este o etapă din viaţa feminină care, în mod particular, este de actualitate. Astăzi vorbim despre ea mult mai mult decât în urmă cu ceva timp, pentru că cea mai mare parte din populaţia feminină, este în curs să treacă de 50 de ani. Este de fapt, tranşa populaţiei care corespunde generaţiei „baby-boom" de după război. Dar mentalitatea acestor femei moderne, primele care au cunoscut pilula, este diferită de aceea a mamelor lor.

Menopauza, care era pentru acestea din urmă un simptom ce anunţa începerea declinului, pentru fiicele lor nu este decât un episod suplimentar din viaţa lor feminină. Căci, ca şi sarcina, aceste femei „libere" au înţeles că menopauza nu este o boală, ci este doar o etapă psihologică normală din viaţa lor de femeie.

Până în anii 1960, medicul nu se amesteca în sexualitate şi în general, în viaţa feminină a pacientelor sale, decât atunci când avea de urmărit o sarcină sau o naştere. După apariţia pilulei, situaţia evoluează prin ea-însăşi. Un dialog se instaura cu medicul asupra contracepţiei, problemelor ginecologice, sexualităţii. În ce priveşte menopauza, după ce a fost debarasată de vechile ei simboluri, devine foarte simplu, obiectul unei recomandări medicamentoase.

CE ESTE MENOPAUZA ?

Este vorba de oprirea definitivă a funcţiilor de reproducere şi a secreţiilor hormonale ale ovarelor. Ea se manifestă în principal şi în exterior prin oprirea menstruaţiei. Vârsta medie a menopauzei este de 50 de ani, dar ea variază în funcţie de apartenenţa etnică, climatul şi ereditatea. Dacă mama şi fiica intră adesea la menopauză la aceeaşi vârstă, tabagismul îi avansează menopauza cu un interval de la doi ani la câteva luni. Femeia modernă, graţie contracepţiei, a putut separa fecunditatea de sexualitate. De aceea, imposibilitatea bruscă de a avea copii, o perturbă cu atât mai puţin cu cât ea ştie că viaţa ei de femeie poate rămâne intactă.

CONSECINŢELE MENOPAUZEI

Oprirea secreţiilor de estrogeni prin ovare este cauza multiplelor tulburări care apar progresiv:

- bufeuri de căldură;
- o inconsistenţă urinară, mai mult sau mai puţin marcată;
- o uscăciune vaginală putând duce la raporturi sexuale dureroase;
- o piele mai uscată cu îmbătrânire prematură;
- o osteoporoză debutantă;
- leziuni arteriale susceptibile de a da loc la accidente cardio-vasculare;
- tulburări psihologice de nuanţă mai curând depresivă;
- tulburări hormonale, uneori cu o luare în greutate.

Dintre aceste tulburări, multe pot fi prevenite prin adoptarea unui mod de nutriţie particular.

A MÂNCA BINE PENTRU A RĂMÂNE TÂNĂRĂ

Îmbătrânirea corpului uman este programată genetic. Dar, poate fi accelerată sub efectul agresiv al factorilor externi, de tipul radicalilor liberi.

Radicalii liberi sunt substanţe toxice care se nasc în celulele corpului în cursul reacţiilor chimice, în a care oxigenul nu este bine utilizat. Perturbările care se produc au ca rezultat accelerarea îmbătrânirii celulare, perturbarea reproducerii lor (riscul de cancer) şi producerea tulburărilor vasculare.

Nutrimente	Alimente care sunt bogate
Vitamina C	Afine, pătrunjel, kiwi, brocoli, lămâie, portocală, gref, crudităţi, salate
Vitamina E	Ulei de germeni de grâu, ulei de porumb, ulei de floarea soarelui, ulei de nuci, ulei de sâmburi de strugure, germeni de grâu
Beta-caroten	Păpădie, creson, spanac fiert, brocoli, lăptuci, roşii, caise deshidratate, mango, piersici, portocale (de fapt toate fructele şi legumele colorate: portocaliu, roşu sau verde)
Seleniu	Peşte, carne, organe, păsări de curte, stridii, cereale brute, ciuperci
Zinc	stridii, mazăre uscată, seminţe de susan, drojdie de bere, ficat, carne, brânzeturi (de consistenţă dură), linte, fasole uscată
Polifenoli[47]	Vin roşu, ciocolată obligatoriu cu cacao mai mult de 70 %, ceai

[47] **Polifenol,** *polifenoli* = compus organic din clasa fenolilor, care conţine două sau mai multe grupări hidroxil legate de un radical aromatic.(fr. polyphénol)

Un anume număr de nutrimente pe care le clasificăm ca antioxidanţi, au proprietatea de a lupta împotriva radicalilor liberi, aceştia sunt:

- vitamina C;
- vitamina E;
- beta-caroten;
- seleniu;
- zinc;
- polifenoli.

O alimentaţie adaptată, ne va permite să favorizăm aportul optim de nutrimente.

CUM PROTEJEAZĂ OASELE SALE

Menopauza constituie un factor preponderent pentru fragilizarea oaselor. Un aport important de calciu (asociat de preferinţă cu vitamina D şi cu un tratament hormonal) va constitui cea mai bună protecţie a masei osoase.

După 50 de ani, raţia de calciu a femeii va trebui să fie de 1200 până la 1500 mg pe zi. Ori, anchetele alimentare privind franţuzoaicele, arată că aportul este cu efort, în medie de 700 mg pe zi, deci insuficient. În consecinţă, femeia la menopauză va trebui să consume alimente bogate în calciu, fără a creşte cantitatea de lactate. Mai ales drojdia de bere este recomandată, dar şi apele minerale precum Vittel, Contrex, etc. Femeia va trebui, de asemenea, să evite pierderile de calciu care sunt accelerate prin absorbţia alcoolului (mai mult de o jumătate de litru de vin pe zi), excesul cafelei (mai mult de patru ceşti) şi tabagismul.

Este, de altfel, recomandat să abordăm menopauza făcând un bilanţ de masă osoasă (dozaj făcut prin scanare), care va permite evaluarea riscului real de osteoporoză.

TRATAMENTUL HORMONAL

Trebuie sau nu să tratăm menopauza? Întrebarea depăşeşte mult obiectul acestei cărţi şi noi, evident, l-am ocolit dar nu avem ce face, de la un caz la altul implicaţiile au legătură cu greutatea.

După 50 de ani, femeia de astăzi are o speranţă de viaţă de încă, aproximativ 35 de ani. Deci putem în mod serios întreba dacă nu este înţelept să îi asigurăm calitatea de viaţă necesară care să o însoţească în ceea ce reprezintă încă o treime din existenţa sa. A păstra o piele mai suplă pe care ridurile să nu apară prea repede, a preveni osteoporoza care favorizează tasările dureroase de vertebre (care încovoiază silueta) ca şi fracturile de cap de femur, judecând obiectiv, sunt atâtea avantaje pe care le aduce la lumină tratamentul hormonal.

În plus, absenţa hormonilor fragilizează organismul la menopauză pe plan cardio-vascular (arterite, angină pectorală, infarct).

Există diverse tratamente sigure (nehormonale) care alină bufeurile de căldură dar nu protejează nici oasele nici arterele.

Doar un tratament hormonal, asociind estrogeni şi progestative naturale, pot prelungi un echilibru biologic care va fi rupt cu timpul, de el-însuşi. Este vorba deci mult mai puţin de un artificiu decât de un ajutor adus naturii, care poate continua să lucreze.

MENOPAUZA ŞI GREUTATEA

Atunci când se îngraşă la momentul menopauzei, femeia are tendinţa să acuze hormonii săi, aceia care au dispărut, dacă nu urmează tratament, sau aceia care îi ia de acum înainte, dacă ea a ales să i se prescrie un tratament. Cum vom vedea, hormonii sunt adesea în spatele problemei. Să examinăm înainte de orice statisticile, pentru a avea o privire mai obiectivă.

TABELUL I

Modificarea greutăţii la momentul menopauzei	
Femei fără tratament hormonal	**Femei cu tratament hormonal**
52 % au o greutate neschimbată 44 % iau în greutate (de la 4 la 6 Kg) 4 % pierd în greutate (de la 2,5 la 7,5 Kg)	67 % au o greutate neschimbată 31 % iau în greutate (de la 4 la 7 Kg) 2 % pierd în greutate

TABELUL II

Modificarea greutăţii după histerectomie	
Histerectomie parţială (îndepărtarea doar a uterului)	**Histerectomie totală (îndepărtarea uterului şi ovarelor)**
35 % din femei se îngraşă 56 % din femei au o greutate stabilă 9 % din femei slăbesc	50 % din femei se îngraşă 33 % din femei au o greutate stabilă 17 % din femei slăbesc

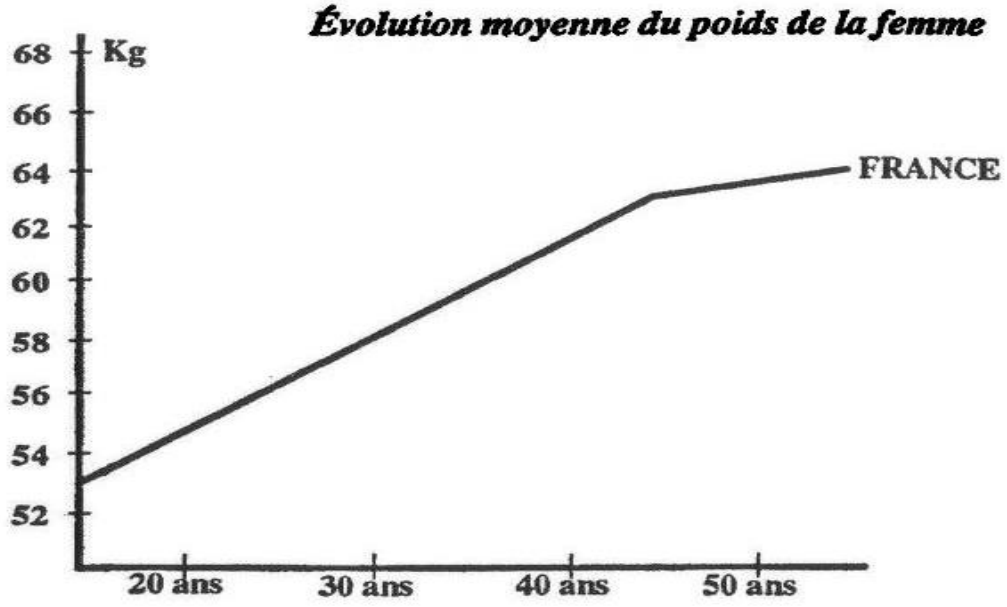
TABELUL III

Starea greutăţii femeii între 52 şi 58 de ani (toate cazurile amestecate)
43 % au un surplus (printre ele, 27 % sunt obeze în sensul medical al termenului 52 % au o greutate corectă 5 % sunt sub greutate

Sursa: Centrul european de cercetare şi informare asupra surplusurilor ponderale (Dr. David Elia).

Statisticile nu ar fi complete dacă nu am lua în considerare evoluţia greutăţii la femeie în general, de la 20 la 52 ani.

Evoluţia medie a greutăţii femeii



În mod evident, putem constata mai multe fapte examinând aceste statistici:

- în primul rând, mai puţin de o femeie din două are o problemă de greutate la momentul menopauzei (43 %);
- în al doilea rând, luarea în greutate este mai puţin frecventă atunci când femeia face obiectul unui tratament hormonal (31 % spre deosebire de 44 %);
- în al treilea rând, în cazul histerectomiei totale probabilitatea de a lua în greutate este cea mai ridicată (50 %)

Dealtfel, este important să constatăm că evoluţia greutăţii medii a femeii franceze este constantă după adolescenţă, deoarece în 30 de ani (de la 20 la 50 ani), ea ia în medie 10 Kg, trecând de la 53 la 63 kg.

Paradoxal, se constată că evoluţia greutăţii după 50 ani, adică la momentul menopauzei, se face într-un ritm mai scăzut.

De altfel, experienţa medicilor ne conduce să observăm că, femeile care iau în greutate la momentul menopauzei (cu sau fără tratament) sunt întotdeauna cele care au deja o anumită suprasarcină ponderală: 27 % sunt deja obeze, după cum arată tabelul III.

Se poate deci concluziona că, contrar a ceea ce afirmă unele idei preconcepute, menopauza nu este un factor determinant pentru luarea în greutate. Ea nu este decât un factor de amplificare pentru un subiect care are deja o hipersensibilitate la suprasarcină ponderală.

În alţi termeni, nu absenţa bruscă a hormonilor sau tratamentul hormonal sunt cele care conduc la îngrăşarea femeilor, ci bulversările metabolice, induse de transformările fiziologice ale corpului lor, sunt cele care produc o eventuală stocare a grăsimilor de rezervă într-un organism vulnerabil. Ori, cum putem să definim vulnerabilitatea unui organism la îngrăşare, dacă nu am măsurat tendinţa sa pentru hiperinsulinism ?

A fost demonstrat că scăderea estrogenilor şi *a fortiori* dispariţia lor are ca şi consecinţă diminuarea toleranţei la glucoză şi reducerea sensibilităţii la insulină, ceea ce favorizează destul de evident, apariţia unei insulinorezistenţe cu creşterea concentraţiei de insulină.

Studiul lui Wing, realizat în 1983 în Pensilvania, arată bine amploarea fenomenului.

CONCENTRAŢIA DE INSULINĂ LA MENOPAUZĂ

Suprasarcina ponderală a subiectului	Insulinemia pe stomacul gol	Insulinemia la două ore după o priză de 75 g de glucoză	Coeficientul de amplificare
1 la 3,3 kg	48	260	5,4
3,4 la 6,5 Kg	50	280	5,6
6,6 la 10, 6 kg	52	320	6,1

Din acest tabel rezultă două fapte importante:

- mai întâi, că insulinemia, după priza de glucoză este disproporţionată în cadrul menopauzei;
- apoi, că această disproporţie este amplificată de importanţa suprasarcinii ponderale.

În alţi termeni, cu atât mai mult te îngraşi cu cât mai mult se produce hiperinsulinismul, în aceeaşi mod în care, cu atât mai mult se produce hiperinsulinismul cu cât tendinţa de îngrăşare este mai mare.

CUM EVITĂM ÎNGRĂŞAREA LA MOMENTUL MENOPAUZEI ?

Cele două cazuri de faţă, cu sau fără tratament hormonal, trebuie să fie examinate separat.

FĂRĂ TRATAMENT HORMONAL

Este cazul cel mai critic, deoarece am văzut că probabilitatea de a lua în greutate (de la 4 la 7 kg) există în 44 % din cazuri.

Pentru cele care au şansa de a fi suple, adică slabe, riscul de a se îngrăşa este practic nul. Dacă ele nu au avut niciodată kilograme prea multe (în ciuda relelor lor obiceiuri alimentare), este pentru că ele au un pancreas de toată isprava şi că în consecinţă, este improbabil ca acest organ să producă brusc hiperinsulinism din cauza carenţei de estrogeni. Pentru a fi sigure 100 % că nu vor lua nici 1 g, acestor femei le este suficient să urmeze principiile metodei trecând direct la faza II.

Pentru cele care au deja kilograme în plus, problema va fi pe atât de dificilă pe cât de importantă este suprasarcina lor ponderală. Cea mai bună soluţie ar fi natural, să regleze definitiv problema luării în greutate înainte de a ajunge la menopauză, pentru că se ştie că aceasta constituie un factor de amplificare. Cu cât femeile sunt mai grase la momentul menopauzei cu atât ele riscă să se îngraşe şi invers.

Din câte ştim, experienţa a arătat că aplicarea principiilor metodei, mai ales urmând o faza I foarte strictă, ar aduce rezultate încurajatoare şi că ar fi în orice caz, cel mai bun mijloc de a evita o luare în greutate suplimentară.

PIERDERI DE GREUTATE OBŢINUTE DE FEMEI DE 50 DE ANI ŞI PESTE APLICÂND FAZA I

BMI	**Pierdere în greutate medie pe parcursul a 4 luni**	**Procentaj de greutate pierdută**
24 la 29	- 9,2 kg	12,4 %
30 şi peste	- 15,1 Kg	16,8 %

Dar va trebui de asemenea, să luăm în considerare şi alţi factori de rezistenţă la slăbire, aceia pe care i-am dezvoltat în capitolele precedente, aşa cum va trebui să ţinem cont şi de aceia pe care îi vom aborda la sfârşitul acestui capitol.

CU TRATAMENT HORMONAL

Deoarece riscul de luare în greutate este evident în timpul unei menopauze netratate (am văzut că lipsa de estrogeni agravează hiperinsulinismul), am fi tentaţi să credem că tratamentul hormonal constituie panaceul.

Ori, chiar dacă prezintă avantaje incontestabile aşa cum am văzut, este departe de a garanta că nu se ia greutate, chiar dacă statistic vorbind, femeile se îngraşă mai puţin ca în absenţa tratamentului (31 % spre deosebire de 44 %). Să încercăm să înţelegem împreună, de ce.

Prin natură, estrogenii favorizează:

- creşterea masei de grăsime subcutanată de localizare femurală;
- lipoliza abdominală;
- retenţia de apă;
- creşterea masei musculare (prin efect anabolizant);

În ce privesc progestativele, ele favorizează:

- poftă de mâncare;
- o creştere a masei de grăsime abdominală (efect anabolizant);
- o creştere a masei slabe (muşchi) (efect anabolizant);
- o retenţie de apă (prin efect minero-corticoid).

Rezumând, un tratament hormonal estro-progestativ are ca rezultat declanşarea unei relative luări în greutate, prin:

- o posibilă creştere a masei slabe (muşchi);
- o eventuală retenţie de apă;
- o posibilă creştere a masei de grăsime.

Dar se ştie de acum încolo, că această eventuală şi relativă luare în greutate este condiţionată de doi parametri:

- existenţa şi importanţa unei suprasarcini ponderale anterioare (cu cât este mai mare cu atât riscul de îngrăşare este mai puternic şi mereu din cauza hiperinsulinismului);
- alegerea tratamentului făcut de medic.

Cum a scris doctorul David Elia, ginecolog: „ nu există femei care nu suportă hormonoterapia. Nu există decât hormonoterapie greşit adaptată la individualitatea fiecărei femei. Nu trebuie să uităm că supradoza sau din contră insuficienţa de estrogeni sunt capabile să provoace luarea în greutate.” Este aşadar, un timp de „libertate controlată”, în care trebuie să se evite subdozajul şi supradozajul medicamentos şi în care femeia la menopauză trebuie să observe dacă tratamentul i se potriveşte.

Un tratament bine ţinut nu creează (în medie) luarea în greutate, din contră:

EFECTELE TRATAMENTULUI HORMONAL ASUPRA GREUTĂŢII

Greutate medie a femeilor	
Înainte de tratament	**După 6 luni de tratament**
57,1 ± 2,6 kg	56,8 ± 2,7 kg

Aceasta înseamnă că, alegerea hormonilor propuşi, dozajul lor şi ajustarea precisă a posologiei lor, sunt capitale.

Ori, prea des, medicii (şi câteodată chiar unii specialişti) prescriu tratamente standardizate, fără a ţine cont de sensibilităţile particulare ale fiecărei femei. Ar fi stupid să credem că, există un tratament hormonal valabil tuturor menopauzelor.

Nu trebuie să avem decât tratamente adaptate fiecărei personalităţi.

Sunt mulţi practicieni care par să se preocupe puţin, de grijile estetice ale pacientelor. Trebuie să spunem, spre uşurarea lor, că laboratoarele farmaceutice nu fac nimic pentru a le ajuta, nu le pasă de eventuala luare în greutate din statisticile generale, căci nu disting niciodată influenţele specifice ale hormonilor asupra femeilor, în funcţie de corpolenţa dinaintea tratamentului.

Iată cum un tratament rău condus va putea conduce la îngrăşare orice femeie şi în particular, pe cele care sunt deja în suprasarcină. Adică, tratamentul hormonal are nevoie de o supraveghere regulată şi atentă căci, cea mai mică luare în greutate va trebui să ducă la o modificare a posologiei tratamentului.

În absenţa unor explicaţii precise în privinţa stăpânirii riscurilor tratamentului, multe femei, fiind în dubiu, vor avea tendinţa de a se abţine. De aceea 30 % din femei nu cumpără medicamentele decât după ce îi sunt prescrise iar 20 % dintre ele, după ce au început tratamentul, îl opresc înainte de un an din proprie iniţiativă. Şi, în acest fel, iată că din 9 milioane de femei interesate din Franţa, doar 15 până la 20 % dintre ele sunt tratate corect.

Rezumând, în caz de tratament hormonal al menopauzei, există două măsuri de luat pentru a preveni îngrăşarea:

1. să ne asigurăm că tratamentul este bine adaptat;
2. să urmăm principiile metodei în scopul de a evita orice risc suplimentar de hiperinsulinism.

A SLĂBI ÎN TIMPUL MENOPAUZEI

Am văzut că luarea în greutate medie a unei femei între 30 şi 50 de ani, este, conform statisticilor, de circa 10 kg. Deci, un număr de femei se lasă duse (pe parcursul unei maternităţi greşit supravegheate şi acumulează obiceiuri alimentare rele), la o relativă suprasarcină. Şi apare momentul menopauzei, când ele îşi dau seama de riscul luării în greutate suplimentar (cu sau fără tratament) şi decid să ia definitiv taurul de coarne, în intenţia de a slăbi serios.

Nu este niciodată prea târziu pentru a reveni, dar ne putem imagina frustrarea (fără a vorbi de inconvenientele legate de absenţa rezultatelor în timp) pe care, răbdătoare, ar avea-o de îndurat dacă au ales să urmeze un regim hipocaloric. O schimbare a obiceiurilor alimentare, fără nici o restricţie, pe care o propune metoda M este singura abordare nutriţională acceptabilă, cu atât mai mult cu cât cum am văzut, perioada menopauzei declanşează adesea la femeie un „climat" puţin cam depresiv.

CEILALŢI FACTORI INDIRECŢI (DIN MEDIUL ÎNCONJURĂTOR) AI MENOPAUZEI

Menopauza poate în mod egal favoriza survenirea diverselor tulburări:

- o insuficienţă tiroidiană;
- o depresie;
- un stres prin schimbarea modului de viaţă;
- o creştere a sedentarismului.

În alţi termeni, perioada menopauzei poate produce diverse probleme susceptibile de a fi factori indirecţi ai luării în greutate.

ATENŢIE LA DEPRIMARE

Menopauza oboseşte. O dată eliminată o eventuală hipotiroidie şi o carenţă în fier, medicul curant va trebui să ia în considerare un acces depresiv direct legat de menopauză sau din mediul său înconjurător.

Profesorul A. Basdevant a examinat consecinţele tulburărilor psihologice şi grijilor diverse, asupra greutăţii. Se poate constata, graţie lui, că impactul se poate produce şi într-un sens şi în celălalt. Se îngraşă şi se slăbeşte, după natură.

EFECTELE DIVERSELOR TULBURĂRI PSIHOLOGICE ŞI GRIJILOR ASUPRA GREUTĂŢII

Tulburări şi griji	Luare în greutate	Pierderi în greutate

	Frecvenţă	Importanţa în kg	Frecvenţă	Importanţa în kg
Depresii	28 %	+ 7,8 ± 4,3	27 %	- 7,7 ± 3,6
Doliu	9 %	+ 8,5 ± 4,3	26 %	- 6,7 ± 2,7
Divorţ	15 %	+ 8,5 ± 4,3	36 %	- 8,3 ± 4,2
Griji familiale	14 %	+ 6,9 ± 3,1	14 %	- 6,6 ± 2,5
Neînţelegeri conjugale	12 %	+ 7,9 ± 3,1	12 %	- 8 ± 3,7
Tulburări sexuale	15 %	+ 19,5 ± 25,3	12 %	- 7,8 ± 2,3
Probleme financiare	10 %	+ 7,1 ± 3,6	10 %	- 6,3 ± 2,5
Preocupări profesionale	14 %	+ 8,2 ± 4,5	8 %	- 6,5 ± 3,2
Mutări	2 %	+ 5 ± 0,9	7 %	- 5,6 ± 1,9

Se va nota că tulburările sexuale ocazionează cele mai importante luări în greutate. Ele pot fi însoţite de o inconsistenţă urinară tăinuită şi umilitoare. Aceste luări în greutate arată că o tulburare a plăcerii, poate duce în mod voluntar, la o compensare orală printr-un exces de hrană (în general glucide rele).

În plus, insuficienţele hormonale legate de menopauză, produc o hiperreceptivitate la stres. Ori, stresul poate favoriza secreţia cortizolului prin glandele suprarenale. Acest lucru are ca rezultat:

- o creştere a masei grase abdominale;
- o majorare a poftei de mâncare;
- o creştere a retenţiei de apă;
- o diminuare a masei slabe (musculare).

Atunci când este bine aplicat, tratamentul hormonal produce, în majoritatea cazurilor, dispariţia acestor tulburări.

Pe plan nutriţional, se va asigura un bun aport de magneziu, care permite reducerea hipersensibilităţii femeii la mediul înconjurător.

ATENŢIE LA ACIDOZĂ[48] !

Problemele acidozei face pe mulţi doctori să surâdă atunci când este evocată, căci ea este o patologie care nu este luată în considerare prea des. Totuşi, pare să fie din ce în ce mai mult menţionată.

Numărul semnificativ al medicamentelor anti-acide propuse la vânzare liberă în SUA, arată că este o problemă reală. Doctorul Catherine Kousmine a acordat o mare importanţă unui bun echilibru acido-bazic al organismului. De-a lungul anilor, s-a demonstrat că alimentaţia modernă rafinată, hiperglicemiantă şi prea carnivoră, favorizează apariţia unei acidoze. Aceasta stimulând acţiunea „simpatică”, produce următoarele simptome:

- oboseală, mai ales dimineaţa;
- balonări;

[48] **Acidoză** = creştere a acidităţii şi reducere a rezervei alcaline din sânge, din cauza unor tulburări funcţionale în organism.(fr. acidose)

- constipaţie;
- frilozitate[49];
- intoleranţă la glucoză;
- fragilitate psihică cu iritabilitate şi o mai mare vulnerabilitate la stres.

Doctorul Kousmine dar şi mulţi practicieni, propun limitarea consumului de alimente acidifiante (carne, brânză tare, pâine albă, paste albe, zahăr, alcool, ceai, cafea) şi favorizarea consumului de alimente alcaline (ouă galbene, iaurt, lactate proaspete din lapte fermentat, legume verzi, lămâi, soia, fructe proaspete şi uscate) sau alimente neutre (nuci, cereale complete, pâine integrală). De asemenea, pentru a controla acidoza, se poate bea în fiecare dimineaţă la trezire, sucul a 2 lămâi proaspăt stoarse iar în cursul zilei, apă alcalină (Vichy Saint-Yorre).

Întotdeauna în caz de criză, se poate recurge la bunul şi vechiul bicarbonat de sodiu, folosit abundent de către bunicii noştri.

Pentru a verifica el-însuşi, dacă are acidoză sau nu, este suficient să cumpere de la farmacist benzi de hârtie reactivă, pe care să le introducă în a doua urină a dimineţii. Un pH superior lui 7 confirmă absenţa acidozei.

A FACE SPORT LA 50 DE ANI

În dietetica convenţională de concepţie hipocalorică, se asociază excesul de greutate, în mod egal, unei alimentări prea importante cu energie şi la o insuficientă cheltuială fizică.

Atunci, cum se explică că doamna baron, care nu-şi mişcă niciodată augustul său dos din budoarul Louis XV, la fel burghezele căsătorite cu industriaşi bogaţi, care nu ştiau chiar de loc că au o scară în imobilul lor moţat din arondismentul 16 Paris, erau amândouă conforme unui ideal de subţirime? Cum se explică că, cameristele lor, femeile de serviciu, salariaţii din case şi portarii, care nu încetau de a se deplasa fizic în exercitarea funcţiei lor, erau în majoritatea cazurilor „buni purtători”, adică îngreunaţi de o incontestabilă suprasarcină ponderală?

Exerciţiul fizic şi sportul, singure, nu au făcut niciodată să slăbească pe nimeni; noi am explicat tehnic de ce, în capitolul 8 din prima parte. Acest lucru nu înseamnă că activitatea fizică ar fi inutilă. Din contră. Dar, încă o dată, este absolut necesar să renunţăm la conceptul eronat de „cheltuială energetică”, care este nesemnificativ, pentru a ne concentra pe efectele benefice pentru organism, ale unui sistem muscular normal stimulat.

Reamintim în primul rând, că activitatea fizică nu poate deveni un ajutor la slăbire decât în măsura (imperativă) în care s-au schimbat deja obiceiurile alimentare, în sensul pe care-l indicăm în această carte.

După prima fază, de pierdere în greutate, se poate „da o mică lovitură” sistemului, reluând o activitate fizică. Exerciţiul muscular practicat în cadrul metodei, va permite:
- creşterea în timp a toleranţei la glucoză;

[49] **frilozitate** = senzaţie subiectivă de a-ţi fi tot timpul frig , se observă în principal în afecţiunile endocrine acute sau cronice, mai ales disfuncţii tiroidiene

- diminuarea hiperinsulinismului, ceea ce va favoriza lipoliza (pierderea în greutate);
- diminuarea insulinorezistenţei.

De altfel, exerciţiul fizic (în general) ameliorează concentraţia de lipide sanguine (trigliceride, colesterol...) şi diminuează hipertensiunea arterială (dacă ea preexista), ceea ce constituie o excelentă prevenire a bolilor cardio-vasculare. Să nu uităm că femeia pierde, când ajunge la menopauză, protecţia naturală a hormonilor săi ceea ce o face vulnerabilă în acest domeniu.

De asemenea, exerciţiul fizic realizează o excelentă prevenire a osteoporozei post-menopauză. Dar, doar un antrenament regulat şi prelungit poate fi eficace.

Se va putea cere unui kinoterapeut sau unui medic sportiv, stabilirea unui program de antrenament adaptat şi personalizat.

EXERCIŢIUL ZILNIC

Chiar dacă nu aveţi timp sau curaj de a vă dedica unui sport de rezistenţă, există câteva măsuri de bază pe care le puteţi aplica cu uşurinţă în viaţa de fiecare zi. Este suficient, să schimbaţi unele din proastele obiceiuri pentru a adopta altele mai bune:

- abandonaţi lifturile şi scările rulante. Urcaţi întotdeauna, din principiu, scările;
- mergeţi cât de mult posibil. Dacă locuiţi la Paris şi luaţi regulat metroul, coborâţi două staţii mai devreme şi faceţi restul drumului pe jos. Mergeţi cel puţin o jumătate de oră pe zi. Faceţi, una până la două ore, plimbări pe jos în timpul week-end-ului;
- profitaţi de vacanţele voastre pentru a vă „mişca”, în loc să staţi în şezlong. Mergeţi de-a lungul plajei cu picioarele în apă. Faceţi excursii pe picioare sau cu bicicleta la ţară sau la munte. Faceţi de asemenea, gimnastică şi natatie.

Încetul cu încetul, veţi prinde gustul şi vi se va pare o treabă casnică de primă abordare, care va deveni foarte rapid o sursă de stare bună. În timp şi pe măsura ameliorării performanţelor, vă veţi pune în acord cu corpul vostru.

FEMEIA DIABETICĂ

Diabetul se defineşte prin existenţa unei concentraţii de glucoză în sânge (glicemie) prea ridicată, atât pe stomacul gol cât şi după masă. Se disting două tipuri de diabet complet diferite.

DIABETUL DE TIP II SAU „DIABETUL GRAS”

El atinge adesea femeia spre 50 de ani şi este însoţit în general, de o suprasarcină ponderală. Tehnic, se produce la un pancreas care secretă o cantitate excesivă de insulină. Dar acest hormon fiind de „proastă calitate” sau în mod greşit recunoscut de celulele organismului, rămâne ineficace pentru a scade glicemia. La hiperinsulinism se adaugă deci,

insulinorezistenţa. Glicemia rămâne anormal ridicată deoarece insulina secretată nu este capabilă să producă scăderea ei.

Pierderea în greutate este întotdeauna necesară pentru a permite normalizarea glicemiei. Principiile metodei M sunt particular adaptate la acest tip de diabet căci ele se bazează, cum ştiţi deja, pe alegerea glucidelor cu IG scăzut.

Studiile au arătat că reducerea de 14 % a IG-ului alimentar mediu (abandonarea pâinii albe şi cartofilor în profitul pâinii integrale, pastelor integrale şi fasolei albe) ameliorează controlul metabolic al diabetului.

Alimentaţia diabeticului va trebui deci să fie bogată în fibre şi mai ales fibre solubile (pectină din mere, alginate din alge, gume din fasole albă..). Hrana sa va trebui, de altfel, să conţină un bun număr de micronutrimente de tipul cromului şi a vitaminei B1, căci ele ameliorează metabolismul glucidelor. Se vor găsi în principal în cereale brute, drojdie de bere şi germeni de grâu.

În plus, diabeticul va trebui să limiteze aportul de grăsimi saturate (carne, mezeluri, unt, lactate integrale) în profitul grăsimilor polinesaturate şi mai degrabă mononesaturate ca uleiul de măsline virgin, care are proprietatea de a face glicemia să scadă şi de a ameliora echilibrul diabetului.

Pacientul va trebui să-şi amintească să bea suficient (1,5 litri pe zi minim).

DIABETUL DE TIP I SAU „DIABETUL SLAB" (INSULINODEPENDENT)

El apare în mod precoce, începând din copilărie sau adolescenţă. Se caracterizează printr-o disfuncţie a pancreasului care nu mai fabrică insulină, ceea ce implică deci necesitatea unui aport exterior sub formă de injecţii. Excesul de greutate poate exista, dar el este mai puţin frecvent decât în cazul diabetului de tip II.

Diabeticii au o doză zilnică de glucide pentru consum, care trebuie repartizată mai ales la cele trei mese principale din zi. Se vor prefera peştele şi păsările puţin grase care vor fi asociate cu glucide cu IG scăzut (linte, fasole uscată, orez complet, paste integrale...).

Bogăţia în fibre a alimentelor pe care le recomandăm va permite adesea, reducerea dozei de insulină şi întotdeauna evitarea hipoglicemiilor.

Riscul oricărui diabetic constă în apariţia de leziuni cardio-vasculare (daune oculare, renale şi coronariene) pe care trebuie să le evite cu orice preţ, se va aprecia efectul preventiv pe care îl asigură urmarea metodei fără însă a se substitui recomandărilor unui diabetolog. Metoda permite efectiv:

- alegerea glucidelor cu IG scăzut care favorizează scăderea colesterolului rău şi trigliceridelor;
- o preferinţă pentru acizii graşi poli şi mono nesaturaţi care contribuie la creşterea „colesterolul bun" şi scăderea trigliceridelor;
- o slăbire permiţând adesea normalizarea tensiunii arteriale, uşurarea efortului cardiac, uşurarea activităţii fizice şi menţinerea la normal a factorilor de risc cardio-vascular;
- o alimentaţie bogată în micronutrimente (vitamina C, vitamina E, beta-caroten, zinc, seleniu, polifenoli...) protejând pereţii arteriali.

De aceea opţiunile nutriţionale pe care noi le recomandăm pot contribui la prevenirea complicaţiilor vasculare ale diabetului, cele care sunt agravante.

FEMEIA CONSTIPATĂ

Constipaţia este definită ca o „întârziere" de evacuare, asociată la o deshidratare a scaunului. O vom recunoaşte la o frecvenţă a scaunelor inferioară celei de trei ori pe săptămână, subiectul normal având între trei scaune pe zi şi patru pe săptămână. Mai mult de jumătate din concetăţenii noştri se plâng de constipaţie şi printre ei trei sferturi sunt femei.

Se disting, schematic, două cauze banale de constipaţie: ori o pierdere a reflexului de expulzare ori o progresie întârziată a materiilor în interiorul colonului.

În caz de pierdere a senzaţiei de nevoie de a merge la toaletă, medicamentele şi adesea regimul alimentar sunt ineficace. Se cuvine deci, dacă cazul este serios, să se procedeze la o reală reeducare a reflexului pierdut cu, spre exemplu, concursul unui kinoterapeut format pe aceste tehnici, care face adesea apel la „biofeedback".

În schimb, în caz de lene intestinală, cazul cel mai frecvent, tratamentul va asocia:

- o reechilibrare a alimentaţiei;
- o reeducare intestinală în cursul căreia se va relua obiceiul de a merge la toaletă la ore regulate chiar dacă nevoia nu se face simţită;
- o activitate fizică (mers, nataţie, bicicletă, gimnastică) pentru întărirea musculaturii abdominale;
- oprirea imperativă a laxativelor pentru că sunt antifiziologice. Abuzul lor conduce la crearea patalogiilor intestinale cu diarei rebele, dureri abdominale şi căderi importante a concentraţiei de potasiu;
- evitarea medicamentelor care constipă precum antidepresivele;
- oprirea regimurilor hipocalorice care generează un rău reflex gastro-colic;
- abandonul unor practici cu efect pervers, precum consumul de ulei de parafină care se poate dovedi periculos pe timp lung.

ALIMENTAŢIA FEMEII CONSTIPATE

Trebuie să înceapă ziua luând la trezire un pahar cu suc de fructe proaspete. Lichidul ajungând în stomacul gol, va declanşa un reflex gastro-colic care va crea dorinţa de a merge la toaletă.

Va trebui ca alimentaţia să fie îmbogăţită în fibre. Consumul de cereale complete (paste, orez, pâine integrală..) dar şi de leguminoase bogate în fibre insolubile va trebui mult mărit. Se va putea de asemenea, este chiar necesar să se ia 20 g de tărâţe de grâu (provenit din cultură biologică) care se va amesteca cu un lactat (brânză albă, iaurt).

Consumul brusc al unei cantităţi importante de fibre poate produce balonări, gaze, dureri abdominale pentru că intestinele sunt fragile şi iritabile, vom vedea ce este de făcut în acest caz în continuare. Se va începe cu un aport de 5 g de tărâţe pe zi, la care vor fi

adăugate 5g în fiecare săptămână până se obţine doza dorită. Chiar dacă intestinele protestează puţin la început, va trebui să perseverăm căci aceste manifestări benigne sunt semnul încurajant al faptului că, colonul se repune în funcţionare normală.

Alimentaţia singură, va trebui să fie suficientă pentru a aduce doza necesară de fibre, fără ca să ne forţăm să recurgem la mucilagii, gume şi supozitoare vândute în farmacie.

Trebuie să ştim că dacă nu bem suficient (cel puţin 1,5 litri pe zi), acest lucru poate da scaune uscate, mai dificil de eliminat.

Pentru a favoriza curăţirea vezicii biliare şi lupta mai eficace împotriva constipaţiei, vom putea lua la trezire o lingură de supă cu ulei de măsline al cărui gust îl vom masca bând imediat după un suc de lămâie proaspăt stoarsă.

În sfârşit, trebuie să ştim că tratarea constipaţiei este cu atât de importantă, cu cât indirect se previne:

- refluxul gastroesofagian (ridicarea acizilor din stomac în esofag);
- herniile hiatale;
- hemoroizii;
- varicele care ar apare datorită puternicelor presiuni abdominale efectuate de constipaţi ca să obţină exonerarea.

FEMEIA COLITICĂ

Dacă vorbim de „colită”, de „colopatie spasmică” sau de „colon iritabil”, în toate cazurile, cel mai des este vorba de hipersensibilitatea intestinului gros la fermentaţie şi la fibre alimentare. El reacţionează prin spasme dureroase sau printr-o inflamare a pereţilor săi. Crizele pot fi însoţite de constipaţii sau de diaree.

ÎN PREZENŢA DIVERTICULOZEI COLICE

Atunci când există în plus, o diverticuloză colică, regimul bogat în fibre este indispensabil căci el evită infecţiil e şi previne evoluţia spre un cancer colic.

În fazele inflamatorii clare, un regim fără reziduuri este tranzitoriu necesar.

Sunt atunci recomandate:

- carnea slabă fără sos;
- jambonul alb decojit şi degresat;
- pestele slab, fript sau fiert rapid;
- ouăle coapte fără grăsime;
- caşcaval sau şvaiţer (Emmental, Beaufort);
- orez alb;
- paste albe;
- griş;
- fiertură de legume pasată; legume fierte şi mixate: dovlecei, fasole verde;
- spumă de legume: brocoli, spanac, morcovi, ţelină;

- fructe fierte decojite;
- suc de fructe fără pulpă;
- jeleuri de fructe;
- unt, uleiuri, margarine;
- cicoare în băuturi.

De fiecare dată, acest regim dezechilibrat nu trebuie să fie urmat prea mult timp.

DACĂ NU EXISTĂ DIVERTICULOZA COLICĂ

Dacă nu suferim decât de o colită spasmică curentă (fără diverticuloză), problema este totodată simplă şi complicată. Pacienţii, din cauza reacţiilor intestinale adesea penibile, sfârşesc cu timpul, prin a suprima din alimentaţia lor o listă importantă de alimente... se va ajunge la restricţii drastice şi la aporturi alimentare complet dezechilibrate.

Bolnava are tendinţa de a evita sistematic alimentele bogate în fibre. Ori, acest demers este o eroare fundamentală căci fibrele regularizează tulburările de tranzit intestinal (diaree sau constipaţie).

Dar pentru ca ele să fie tolerate, trebuie să adoptăm un anumit mod de alimentare, în acest sens facem precizările:

1. Se va începe prin calmarea colonului cu o săptămână de regim fără fibre, apoi vom reintroduce fibrele în mod progresiv, începând cu legume verzi fragede şi fructe fierte decojite. Vom aduce un aport de vitamina C, bând sucuri de fructe fără pulpă;
2. Mereu în mod progresiv, vom reintroduce în continuare alimente crude: legume, salate, fructe;
3. Într-un ultim timp, vom putea adăuga (la nevoie) tărâţe, crescând doza de 5 g pe săptămână astfel încât să ajungem la o doză de 20 g. Să mâncăm alimente complete, poate de asemenea, face parte din program.

SFATURI GENERALE

Va trebui să ne gândim să mestecăm foarte bine feculentele, pentru ca amilaza salivară să aibă timp să acţioneze în gură, căci fără ea, în ciuda acţiunii amilazei pancreatice, reziduurile amidonului vor fermenta în colon şi vor da gaze susceptibile de a declanşa crize dureroase.

Pentru calmare durerilor sau absorbirea gazelor, vom putea lua carbon sau argilă. În caz de dureri supărătoare, pacientul va putea să recurgă la medicamente antispasmice.

În sfârşit, nu trebuie să uităm că o burtă rotundă şi umflată este adesea manifestarea unui temperament stresat. În acest caz, este preferabil să mâncăm într-un loc mai puţin zgomotos, fără grabă şi cu cineva a cărui companie este calmantă. Mesele luate în singurătate au prea adesea tendinţa de a fi terminate foarte repede.

De la un timp la altul în zi, va fi de dorit să ne gândim să facem exerciţii respiratorii abdominale. Aşa, muşchiul peretelui abdominal exercită un „masaj colic” benefic. 10 minute de relaxare după masă pot, de asemenea, să fie eficace.

În afară de cazul în care se notează reale tulburări ale personalităţii, în condiţiile în care problemele fecale perturbă existenţa subiectului de exemplu, recurgerea la psihoterapie este inutilă. Regulile de igienă a vieţii, sfaturile alimentare şi o bună relaţie medic-pacient va trebui să fie suficientă.

PREVENIREA NUTRIŢIONALĂ A CANCERULUI

În 1984, o conferinţă organizată pe tema prevenirii nutriţionale a cancerului, la Centrul anticanceros de la Villejuif, a părut la acel timp, în întregime deplasată specialiştilor prezenţi.

Astăzi, lucrurile s-au schimbat puţin în măsura în care se consideră că 95 % din cancere provin în parte din mediul înconjurător şi că alimentaţia este direct responsabilă de aproape 60 % dintre ele !

CE ESTE UN CANCER

Cancerul este rezultanta acţiunii diferiţilor parametri din mediul înconjurător, asupra unui organism predispus, mai ales în funcţie de criterii ereditare şi metabolice. Sub efectul acestor factori ai mediului înconjurător, substanţele cancerigene sunt conduse să joace rolul unui „iniţiator" intrând în contact într-un mod brusc şi precoce, cu una sau mai multe celule ale corpului. Aici sunt transformate într-un mod în care există posibilitatea să se modifice şi să prolifereze. Apoi, un agent necancerigen „promotorul" va permite celulelor să se multiplice şi să ducă la formarea unei tumori.

Celula nu devine deci canceroasă decât în momentul înlănţuirii mai multor secvenţe anormale. Alimentaţia nu este efectiv, decât o verigă a lanţului, dar ea poate fi determinantă.

CAUZELE CANCERULUI

Trebuie să parcurgem unele studii epidemiologice ca să regăsim cauzele cancerului. Să ne bazăm pentru aceasta, pe date geografice şi observaţii culese la eşalon individual. Astfel, într-un prim caz, se compară tipurile de alimente consumate în două ţări şi frecvenţa unui acelaşi fel de cancer; în al doilea caz, se compară consumul alimentar al subiecţilor atinşi de cancer cu cel al persoanelor neatinse de această boală.

Dar, cum a spus La Vecchia: „studiile fondate pe observarea populaţiei sunt, în mod cert utilizate pentru a formula ipoteze, dar ele nu pot, în nici un caz, să aducă probe decisive ale relaţiei cauză-efect. O corelaţie nu implică în mod necesar legăturile de cauzalitate" şi cum sublinia cu umor, profesorul M. Apfelbaum: „Pentru că Franţa numără cel mai mare număr de maşini Renault şi deţine recordul mondial al cirozelor de ficat, nu înseamnă că între acestea două fapte există un raport!"

Cu toate acestea, în cursul anilor, au apărut multe idei. Chiar dacă concluziile lor trebuie interpretate cu prudenţă, lucrările realizate au permis determinarea alimentelor şi

nutrimentelor care erau susceptibile de a favoriza apariţia unui cancer, ca şi a celor care aveau un rol protector.

ALIMENTELE ŞI NUTRIMENTELE CARE POT FI CANCERIGENE

Proteinele

Prin gătire, proteinelor din carne antrenează producţia de amine heterociclice care pot favoriza cancerul de colon şi de rect. De aceea, la cei care consumă zilnic carne (vacă, viţel, porc sau oaie), riscul de a apare aceste tipuri de cancer este multiplicat cu 2,5 în raport cu cei care nu consumă decât o dată pe lună.

În schimb, cancerele proteice sunt totodată şi nocive pentru că ele favorizează deficite imunitare prin încetinirea activităţii limfocitelor T, ceea ce permite cancerului să se dezvolte mai uşor.

Lipidele

Excesul de grăsimi saturate în alimentaţie pare să favorizeze apariţia cancerelor de sân, de ovare, de col uterin, de colon şi de rect. Atâta timp cât Japonia a păstrat tradiţiile sale culinare sărace în lipide de origine animală, aceste tipuri de cancer au rămas foarte rare. Dar cu occidentalizarea recentă a dieteticii nipone, cancerul de sân a crescut la 58 % între 1975 şi 1985!

Excesul de grăsime al femeilor obeze, măreşte riscul de a dezvolta un cancer de sân. Obezitatea androidă (în forma de „măr") este mai periculoasă în acest domeniu decât obezitatea ginoidă (în formă de „pară"). Se remarcă de 6 ori mai multe cancere de sân, căci grăsimea acumulată în partea superioară a corpului perturbă mai mult sistemul hormonal.

Dar nu trebuie să credem că lipidele ar fi în general, inamicul care doboară, căci adesea grăsimile saturate ale cărnii şi lactatelor sunt cauza. În ce priveşte peştele, uleiul de măsline şi uleiul de luminiţă **(***Oenothera bienni),* ele conţin lipide cu efecte protectoare împotriva cancerelor.

Exagerarea că toate sunt dăunătoare, se face pentru că nu trebuie nici să căutăm în mod excesiv scăderea concentraţiei de colesterol în raport cu cel normal. Este efectiv demonstrat că un colesterol total inferior lui 1,8 g/l ar favoriza în cursul a 10 ani următori formarea unui cancer de rect, ceea ce arată că trebuie măsurat în permanenţă. Vom vedea mai ales, că trebuie să păstrăm întotdeauna un raport corect între diverşii acizi graşi, saturaţi şi nesaturaţi din alimentaţie.

Sarea

Articolele de consum sărate în exces, precum carnea, mezelurile şi peştele conservat în saramură sau marinată, favorizează cancerul de stomac. Japonezii sunt bine plasaţi printre cei care plătesc un tribut greu, datorită acestor obiceiuri de conservare.

Frecvenţa cancerului de stomac s-a diminuat cu 64 % în această ţară, după ce s-a adoptat refrigerarea, congelarea şi obiceiul de a mânca mai frecvent, produse proaspete.

Alcoolul

Alcoolul este un cancerigen care acţionează împreună cu tutunul. Totuşi, nu se cunoaşte care acţiune directă este mai puternică, căci animalele de laborator refuză să absoarbă băuturi alcoolice. Deci experienţele nu ne pot permite studierea modificărilor fiziologice pe care le induce.

Să ne gândim că unul din mecanismele sale de acţiune s-ar datora faptului că el ar acţiona ca şi un solvent modificând celulele pereţilor intestinali, în sensul de a facilita anormal, trecerea substanţelor cancerigene prezente în intestine.

Franţa deţine tristul record mondial al numărului de cancere datorate alcoolului (de faringe, bucal, de esofag, de laringe, de ficat) care cauzează aproximativ 14000 de morţi pe an.

LEGĂTURA ÎNTRE CONSUMUL DE ALCOOL ŞI RISCUL DE CANCER

Cantitatea de alcool pur consumat (în g/zi)	Creşterea riscului d cancer
30 la 40	x 2
40 la 80	x 4
80 la 100	x 10
peste 100	x 20

Să ne amintim că un litru de vin de 10º conţine 80 g de alcool. Asocierea alcoolului cu tutunul este şi mai toxică. Aşadar, 1 litru de vin (sau echivalentul în alcool, în bere sau în aperitiv) adăugat la consumul de 20 ţigări pe zi, multiplică cu 50 riscul de apariţie a unui cancer.

Este nevoie să amintim că o treime din cancere sunt datorate tabagismului, care este responsabil el singur în 90 % din cazuri de cancer al plămânilor, al căilor respiratorii superioare, al esofagului şi al vezicii urinare ?

Curios, chiar şi o igienă dentară necorespunzătoare, care se întâlneşte deseori la subiecţii alcoolo-tabagici, creşte încă riscurile.

Deseori cancerele se întind precum o boală teribilă şi uneori se deplânge lentoarea cu care cercetările medicale ajung să găsească cauza cancerului sau să pună la punct tratamente eficace. Dar gândiţi-vă bine la acest lucru: numărul cancerelor s-ar diminua cu 56 % dacă s-ar opri fumatul şi s-ar diminua excesul de băuturi alcoolice.

Cancerul şi micronutrimentele

Beta-carotenul, vitamina C, vitamina E şi zincul protejează împotriva cancerului luptând mai ales, împotriva formării radicalilor liberi.

Orice deficit în unul din aceste micronutrimente, favorizează deci apariţia cancerului.

Pesticidele

Profesorul Révillard a constatat că pesticidele afectează anumite celule ale ficatului şi plămânilor care sunt în mod deosebit implicate în fenomenele imunitare.

Printre pesticidele curent folosite, carborilul inhibă acţiunea macrofagelor şi lindanul le face să producă substanţe anormale care seamănă cu radicalii liberi (favorizând apariţia cancerelor) sau a leucotrienelor (mediatori chimici favorizând apariţia inflamaţiilor, alergiilor şi deficitelor imunitare).

Nitraţii şi nitriţii

Nitraţii din apă pot să se transforme în nitriţi, apoi în nitrosamine cancerigene. Ori, când se ştie că în unele departamente, apa de la robinet conţine până la 100 mg de nitraţi, nu putem sta liniştiţi.

De altfel, nitriţii au fost utilizaţi mult timp, ca şi conservanţi în mezeluri. Nu ne va mira faptul că utilizarea lor fiind diminuată cu 75 %, cancerul de stomac a scăzut şi el cu 66 %.

Unele beri, conţinând încă nitrosamine, sunt responsabile de cancere digestive.

MODUL DE A GĂTI ŞI CANCERUL

Grătarul, care te face să iubeşti vacanţele şi ierburile de Provence, se poate transforma în lance de foc, dacă sunt utilizate mijloace excentrice pentru a-l aprinde, dar se poate mai ales, să devină o bombă cu întârziere atunci când se prezintă sub forma sa orizontală.

Atunci când căldura reuşeşte să topească grăsimile cărnii sau peştelui, grăsimea care cade, în contact cu cărbunii produce o reacţie de piroliză. Acest fenomen provoacă formarea de benzopirenă cancerigenă, fără a socoti alte hidrocarburi policiclice care se găsesc în fumul cu care se impregnează alimentele...

De aceea, doar grătarul vertical este deci acceptabil. Dar cum sunt puţine ocazii de a face gril pe barbecue în cursul unui an în Franţa, riscurile rămân minime.[50]

Am menţionat deja, că alimentele afumate (carnea, mezelurile, peştele) au fost lung timp responsabile de cancere de stomac în ţările unde se consumau de mulţi ani acest gen de produse (la Baltică şi în Japonia). Adăugăm că, ar fi de dorit să evităm încălzirea untului prea mult, căci începând cu 130 ºC se formează acroleina, o substanţă cancerigenă.

[50] Când se taie porcul, este o practica larg răspândită să se frigă carne pe cărbuni. Putini ştiu, însa, ca aceasta carne "la grătar" poate mari riscul de cancer. Totuşi, dacă se consuma cantităţi rezonabile, riscurile sunt diminuate.
După cum ne-a spus d-na Virginia Faur, inginer chimist, doctor in fitoprotecţie alimentară, "pe măsura ce carnea se frige, grăsimile se scurg pe cărbuni, generând un fum care conţine hidrocarburi aromatice policiclice, cum ar fi benzopirena, un agent puternic cancerigen". Carnea este astfel imediat expusa si absoarbe fumul. Din aceasta cauza, carnea friptă pe cărbuni ajunge să conţină substanţe cancerigene de la fum. Cantitatea de hidrocarburi aromatice policiclice este mai mare când conţinutul în grăsimi al cărnii este ridicat si cu cât carnea este mai mult expusă la fumul provenit din contactul cărbunilor cu grăsimea.
Pentru a reduce nivelul substanţelor cancerigene din carnea fripta pe cărbuni, grăsimea trebuie îndepărtată, pe cât posibil, înainte de preparare. În plus, carnea este bine să fie amplasată la o distanţă mai mare de cărbunii încinşi, astfel încât măcar o parte din fumul generat să se disperseze în aer. Acoperirea cu o folie de aluminiu previne, de asemenea, impregnarea cu fum. Cei care pregătesc carnea la grătar sau stau în apropiere este bine sa evite inhalarea fumului.

FACTORII ALIMENTARI PROTEJÂND CANCERUL

Antioxidanţii

Reamintim lista:

- vitamina C;
- vitamina E;
- beta carotenul;
- seleniul;
- zincul;
- polifenolii.

(Se redeschide la tabelul vitaminelor, capitolul 6 al primei părţi.)

Calciul

Un deficit de calciu multiplică de trei ori riscul de cancer colo-rectal. În schimb, un aport de 1250 mg calciu pe zi timp de trei luni diminuează, experimental, proliferarea celulelor tumorale colice. De aceea lactatele degresate sunt necesare cu atât mai mult cu cât sunt lipsite de acizi graşi saturaţi.

Fibrele alimentare

Ştim că lipsa lor favorizează cancerul de plămâni, de col uterin, dar mai ales de colon şi de rect. Fibrele insolubile (celuloza, hemiceluloza) sunt cele mai eficace.

Fibrele au o acţiune protectoare asupra pereţilor colici şi rectali şi aceasta din cauza mai multor mecanisme:

- diminuarea timpului de contact între potenţialii agenţi cancerigeni (acizi biliari) şi musculatura colică, ceea ce este posibil să conducă la diluţia conţinutului intestinal (prin hidratarea scaunelor) şi accelerarea timpului de tranzit;
- reducerea timpului de acţiune a florei colice pe unele substanţe biliare;
- împiedicarea proliferării celulare colice sub acţiunea acizilor biliari.

A fost demonstrat că bogăţia de fibre singură, nu posedă efecte preventive suficiente pentru cancerul colo-rectal. Este necesar în acelaşi timp, să se diminueze consumul de carne pentru ca efectul protector al fibrelor să fie real.

Grăsimile nesaturate

Uleiurile de soia, porumb, măsline şi floarea soarelui (neoxidate) au un efect de protecţie împotriva cancerului.

Legumele

Unele legume conţin substanţe ce au fost identificate ca protectoare împotriva cancerelor:

- indolii din varză şi brocoli care inactivează estrogenii;

- sterolii din castravete;
- poliacetilenii din pătrunjel care blochează acţiunea nocivă a unor prostaglandine;
- chinona din rozmarin care creşte acţiunea enzimelor detoxifiante;
- izoflavonele numeroaselor legume care inactivează unele enzime ce intervin în cancerogeneză.

Nu vom uita să amintim acţiunea fibrelor şi a vitaminei C, pe care le conţin.

CÂTEVA PRINCIPII GENERALE DE RESPECTAT

- evitaţi supraalimentarea şi obezitatea;
- preferaţi peştele cărnii, evitând produsele afumate şi sărate;
- reduceţi aportul de lipide, mai ales saturate;
- îmbogăţiţi alimentaţia cu fibre (fructe, legume verzi, leguminoase, cereale complete);
- evitaţi distrugerea vitaminelor şi pierderea oligoelementelor, mai ales datorate coacerii;
- reduceţi consumul de alcool;
- încercaţi de asemenea, cât de des e posibil, să aveţi o alimentaţie echilibrată şi variată.

Chiar atunci când un cancer este diagnosticat, dacă este depistat destul de devreme (graţie unei vigilenţe sporite) la stadiul de prevenire şi de „tumoare controlată" toate mecanismele sunt încă reversibile. Este deci întotdeauna timp să schimbaţi obiceiurile alimentare, o nutriţie bine concepută poate reprezenta un tratament ajutător, eficace pentru minimizarea efectelor secundare ale unei eventuale chimioterapii sau radioterapii.

În afară de sfaturile nutriţionale, este bine să urmaţi aceste recomandări generale. Cancerul nu este obligatoriu o fatalitate şi unele dintre ele pot fi chiar evitate foarte simplu.

1. Nu fumaţi. Nu vă afumaţi de la alţii.
2. Evitaţi expunerile prelungite la soare (risc de cancer de piele).
3. Respectaţi dispoziţiile profesionale de securitate în manipularea oricăror substanţe cancerigene.
4. Majoritatea cancerelor se pot vindeca dacă sunt diagnosticate destul de devreme. Consultaţi un medic în caz de tulburări persistente.

6

FEMEIA DE VÂRSTA A TREIA

Conceptul de bătrâneţe este astăzi complet depăşit, însă niciodată proverbul „nu are decât vârsta arterelor sale" n-a fost atât de actual.

În secolul XVIII, oamenii îmbătrâneau înainte de vreme, atunci când atingeau 40 de ani ridicau performanţa şi cu greu 4 % din populaţie depăşea 60 de ani. În zilele noastre omul este catalogat ca „bătrân" începând de la 65 de ani, în timp ce speranţa de viaţă pentru o

femeie este de acum în colo de 85 de ani. După începutul celui de-al treilea mileniu, mai mult de 21 % din populaţia franceză este de acum înainte la vârsta a treia.

Totuşi vârsta „psihologică" nu are mare lucru de a face cu vârsta cronologică. Cine nu cunoaşte în anturajul său, cel puţin o femeie în vârstă de 70 la 75 de ani, dacă nu mai mult, continuând să aibă o activitate debordantă în ciuda bătrâneţii sale şi asta fără vre-un handicap major ? Bunica mea, care s-a stins prematur şi în bună sănătate la vârsta de 102 ani, era un model de vitalitate. Ziua în care a împlinit 100 de ani, ea părea chiar mult mai tânără decât majoritatea octogenarilor care au venit s-o felicite.

E adevărat că factorul psihologic este important, trebuie însă să recunoaştem că modul de alimentare a persoanei în vârstă poate fi determinant pentru longevitatea sa. Chiar dacă nu se pot nega factorii fizici ai bătrâneţii, modul de alimentare este cert parametrul asupra căruia este cel mai uşor să se acţioneze în scopul de a preveni greutatea anilor.

ÎMBĂTRÂNIREA NATURALĂ

Începând cu o vârstă care oscilează între 60 şi 70 de ani, organismul suferă un anumit număr de modificări naturale.

MODIFICĂRILE COMPOZIŢIEI CORPORALE

Dacă greutatea organelor şi viscerelor se măresc puţin, în schimb masa slabă musculară se diminuează. Această modificare poate fi datorată scăderii secreţiei de androgeni (de unde o cădere a anabolismului proteic) sau la fel de bine unui sedentarism excesiv. Totul realizează o diminuare a formei fizice şi produce o mai mică mobilitate, de unde riscul de a nu mai putea merge „de la pat la fotoliu" şi mai rău de a deveni invalid.

De bine ce masa de grăsime creşte proporţional în regiunea abdominală, grăsimea subcutanată are tendinţa de a se reduce. În ce priveşte apa din organism, ea se diminuează în următoarele proporţii:

- 0,3 Kg pe an între 65 şi 70 de ani;
- 0,7 Kg pe an după 70 de ani.

Acesta înseamnă ceea ce în limbaj popular se spune că bătrânul se „usucă".

TULBURĂRILE FUNCŢIONALE

Îmbătrânirea organismului produce, în planul funcţionării digestive următoarele modificări:

- o alterare a gustului prin atrofierea papilelor gustative, care este agravată de o carenţă în zinc. Percepţia sării şi a zahărului este mai puţin pronunţată. Alimentaţia pare deci mai fadă, ceea ce produce riscul abuzului de zahăr, de sare sau de condimente.
- o uscăciune bucală datorată atrofierii glandelor salivare sau efectelor secundare ale unor medicamente (atropinice);
- o scădere a coeficientului de masticaţie, având în vedere starea danturii;

- o încetinire a curăţirii gastrice;
- o scădere a secreţiei enzimelor pancreatice, de unde dificultatea digerării grăsimilor;
- o mai mică absorbţie digestivă, ceea ce agravează carenţele în micronutrimente (vitamine, săruri minerale şi oligoelemente);
- dezvoltarea unei poluări microbiene, sursă de fermentaţie suplimentară datorită încetinirii tranzitului intestinal.

ALTERĂRILE METABOLICE

Ele asociază:
- o încetinire a reînnoirii proteinelor de 30 % în raport cu un adult mai tânăr;
- o creştere a glicemiei după mese, având în vedere o secreţie insulinică insuficientă care se însoţeşte de un risc mărit de insulinorezistenţă;
- o scurgere de sodiu şi apă care se asociază la diminuarea senzaţiei de sete, accentuând riscul de deshidratare. Se poate identifica simplu, ciupind pielea şi constatând că pliurile cutanate persistă. Fenomenul este de altfel, agravat prin luarea prea frecvent de diuretice şi laxative.

SCHIMBAREA MODULUI DE VIAŢĂ

Persoanele în vârstă se găsesc în prezenţa a două situaţii fundamental diferite, în funcţie de faptul că rămân acasă sau sunt „plasate”.

FEMEILE TRĂIND ACASĂ

Dintre acestea, distingem două cazuri:
- cele care-şi pregătesc singure hrana sau le-o prepară un membru al familiei sau un ajutor la menaj. În acest caz, alimentaţia lor rămâne corectă şi nu este prea dezechilibrată;
- cele care sunt tributarele alegerii alimentare impusă de un furnizor care le livrează mesele la domiciliu.

Un bun număr dintre aceste femei, adesea văduve, suferă de singurătate şi de izolare, de unde apare o stare depresivă latentă care le conduce la anorexie şi se închid în ele-însele. Un cerc vicios se instaurează atunci, cu riscul de a surveni un sindrom de alunecare care dacă nu e stăvilit la timp poate creea persoanei un handicap.

Luarea excesivă de medicamente este adesea responsabilă de anorexie, de intoleranţă digestivă şi uneori chiar de pierdere de micronutrimente.

FEMEILE TRĂIND ÎN CASE DE PENSII SAU ÎN INSTITUŢII

În casele de pensii, femeile în vârstă beneficiază de o bucătărie pe de-a întregul preparată şi de o ambianţă destul de convivială, în măsura în care ele nu se izolează rămânând în camera lor.

În instituţii şi în case de „lung sejur”, pentru a nu spune „ospicii”, alimentaţia lor este supravegheată, graţie prezenţei dieteticienilor. Dar, în practică, situaţia este departe de a fi ideală căci aceste persoane în vârstă nu mănâncă în general decât ce le place! Felurile de mâncare sosesc proaspete sau reîncălzite foarte repede şi nu este în general, destul personal pentru a le ajuta pe cele care şi-au pierdut autonomia. Pentru a termina defăimarea tabloului să spunem că, nimeni nu verifică dacă aceste persoane în vârstă au mâncat sau nu ceea ce li s-a dat.

Este deci paradoxal, că în instituţii, acolo unde hrana este cea mai „calibrată” şi unde oamenii sunt cel mai bine supravegheaţi, se notează carenţele cele mai clare şi apar chiar severe denutriţii.

DENUTRIŢIA CARENŢIALĂ

Erori alimentare repetate pot conduce progresiv, la o malnutriţie însoţită de consecinţe în lanţ. Ele induc în efect:

- oboseli antrenând o apatie;
- o topire musculară;
- o slăbire putând atinge 15 % din greutate;
- riscuri de căderi cu fractură;
- o confuzie mentală;
- o vulnerabilitate la infecţii;
- o deteriorare intelectuală.

În plus izolarea, retragerea în sine, ignorarea unor principii nutriţionale, sărăcia, alcoolizarea, nu vor face decât să agraveze situaţia.

IDEILE PRECONCEPUTE DE COMBĂTUT

„*O persoană în vârstă este mai puţin activă şi nevoile ei sunt mai mici decât ale altora.”* **Nu:** nu trebuie absolut de loc să se diminueze raţia sa alimentară. O persoană în vârstă are nevoi nutriţionale importante şi trebuie să mănânce cu atât mai mult, tot atât cât un adolescent, cu cât absorbţia intestinală este deficitară şi sinteza proteică nu se face bine. Orice restricţie alimentară de natură hipocalorică, ar fi în acest caz o sursă de carenţe în micronutrimente.

„Nevoia de carne este mai mică la bătrâni.” **Nu:** o persoană în vârstă are nevoie de proteine şi de fier. Nu există deci nici un motiv pentru a restricţiona, a suprima carnea.

Nu trebuie să credem de loc, ceea ce unii au lăsat în mod stupid să se înţeleagă, anume că „ouăle fac rău la ficat” sau „iaurturile sunt decalcifiante”. Aceste două alimente trebuie din contră, să facă parte din panoplia nutriţională a tuturor persoanelor în vârstă.

În acelaşi mod, este abuziv să se pretindă că „sarea îngroaşă arterele”, că „carnea dă uree” sau că „legumele deshidratate provoacă balonări”.

A MÂNCA BINE PENTRU A TRĂI MAI BINE

Ne există „pensie” pentru alimentaţie, deoarece nu există nici o cauză pentru a reduce aporturile energetice la intrarea în vârsta a treia. Trebuie din contră, să se mănânce ca şi înainte continuând cu patru mese pe zi, căci nu trebuie să se uite nici importanţa micului dejun, nici bucuria ceaiului englezesc.

A SUPLINI MAI MICA EFICACITATE A METABOLISMULUI

În 1983, studiul profesorului Le Cerf din Lille, a arătat că aportul caloric mediu al femeii în vârstă era de 1680 calorii şi că aportul proteic rămânea adesea prea slab şi dezechilibrat, deoarece mai mult de 77 % din proteinele pe care le consuma erau de origine animală. Ea trebuia deci să se gândească să consume alimente complete precum cerealele sau leguminoasele care sunt, dealtfel, de o mare bogăţie în fibre şi micronutrimente. Orice restricţie de proteine, nu poate emana decât dintr-o decizie medicală luată de exemplu, în cazul unei insuficienţe renale severă. În caz de probleme financiare, ele vor trebui să se gândească la ouă, care constituie o sursă de proteine la preţ bun.

Asigurarea unui consum de lipide variate, va trebui să facă parte în mod egal din preocupările sale. Cum o parte din enzime se opresc din funcţionare începând cu o anumită vârstă, unii acizi graşi nu mai sunt fabricaţi de organism, începând cu acizii graşi din uleiuri sau din unt, este deci imperativ să fie aduşi prin consumul regulat de carne, de ficat, de ouă, şi mai ales de peşte.

Bine alese, glucidele vor trebui de asemenea să fie o regulă. Trebuie, întotdeauna să se prefere glucidele cu IG scăzut din cauza bogăţiei în proteine vegetale, în fibre (ele permit lupta contra constipaţiei) şi în micronutrimente.

În schimb, nu trebuie să fim prea stricţi (exceptând cazul unei obezităţi majore sau unui diabet rău echilibrat) cu micile dulciuri care aduc întotdeauna o plăcere evidentă. Din această categorie se va favoriza natural, ciocolata cu mai mult de 70 % cacao.

NU UITAŢI SĂ BEŢI

A veghea să se bea suficient va rămâne o obligaţie *ad vitam aeternam*[51]. Absenţa senzaţiei de sete la persoanele în vârstă, asociată riscurilor de deshidratare funcţională, implică în efect, un aport lichid important (a cel puţin 1,5 l pe zi). Supe, ceaiuri de plante,

[51] pentru viaţa veşnică

ceai şi suc de fructe vor fi deci binevenite. În schimb, va trebui să se evite excesul de cafea care favorizează tulburări ale somnului.

A obişnui să bea unul sau două pahare de vin roşu pe zi, la fiecare masă, nu este doar posibil ci este chiar de dorit, căci vinul, cum fiecare ştie, are efecte antioxidante şi euforizante.

EVITAŢI CARENŢELE DE MICRONUTRIMENTE

Cuplul indispensabil: calciu şi vitamina D

Aportul de calciu al femeii în vârstă, care trebuie să atingă 1200 până la 1500 mg pe zi, este capital. Ori el este adesea inferior mai ales în caz de regim restrictiv. Statisticile ne arată efectiv că:

- 58 % din femeile în vârstă absorb mai puţin de 800 mg de calciu pe zi;
- 16 % absorb de la 800 la 1000 mg pe zi;
- 10 % mai mult de 1000 mg pe zi;
- 16 % doar au un aport corect.

Această carenţă este cu atât mai gravă cu cât un aport de calciu inferior lui 1000 mg pe zi nu permite combaterea eficace a osteoporozei (vezi capitolul 5 din această a doua parte). Osteoporoza femeii în vârstă este un pic diferită de aceea care afectează femeia recent intrată la menopauză, în măsura în care ea atinge şi vertebrele care se pot tasa, dar mai des oasele lungi, provocând fracturi spontane care pot surveni ca urmare a unor şocuri uşoare, izbituri sau căderi. Capul de femur şi de umăr sunt cel mai frecvent atinse. De aceea toate alimentele care conţin calciu sunt atât de importante în alimentaţia femeii în vârstă.

Vitamina D este indispensabilă pentru a fixa calciul. Cum ea este fabricată în piele, atunci când e expusă la soare, se va recunoaşte întreaga importanţă care revine unei expuneri minimale la soare pentru persoanele vârstei a treia.

Dacă ele nu au ocazia de a putea „crăpături” în timpul liber, vor putea găsi această vitamină D în alimentaţie. Pentru acest lucru trebuie să consume aproximativ 12 µg (micrograme) pe zi.

Realele carenţe în vitamina D pot conduce la o osteomalacie traducându-se prin dureri ale bazinului şi dificultăţi de mers (este echivalentul rahitismului la copil). Medicul curant va trebui mereu să ia în considerare posibilitatea acestei carenţe la o persoană în vârstă, având greutăţi în deplasare. Vitamina D va trebui atunci prescrisă în doze puternice.

Alimente bogate în vitamina D	
Ulei de ficat de morun	250 la 700 µg/100g
Ton	60 µg/100g
Sardine	25 µg/100g
Pielea de pui	20 µg/100g
Margarină	8 µg/100g
Ciuperci	8 µg/100g

Ouă galbene	5 µg/100g
Porc	3 µg/100g
Pui	2 µg/100g

Pentru umor şi spirit: folatele

Carenţele în folate (vitamina B9 sau acidul folic) sunt frecvente în mod egal, la persoanele în vârstă. Se recunosc la circa 30 % din cele care trăiesc la domiciliu şi la 70 % din cele care trăiesc în instituţii.

Aceste carenţe se manifestă printr-o anemie, dar mai ales prin tulburări psihologice: perturbări de dispoziţie, insomnii, tulburări de atenţie, sindroame depresive, apatie, uneori comportamente senile.

Ar fi de dorit să se caute acest tip de carenţă la toate femeile în vârstă care „îşi pierd capul" înainte de a concluziona o senilitate reală. Un dozaj sanguin va putea confirma acest diagnostic. Tratamentul curativ se va face atunci prin picături, dar va trebui să se întreprindă şi o veritabilă prevenire nutriţională.

Raţia zilnică recomandată de folate este de 300 µg.

Alimente bogate în acid folic	
Drojdia de bere	4000 µg/100g
Ficat de viţel	260 µg/100g
Stridii	240 µg/100g
Creson, cicoare	220 µg/100g
Spanac fiert	160 µg/100g
Avocado	150 µg/100g
Fasole roşie fiartă	130 µg/100g

Faceţi plinul în vitamina B6

Se ştie că această vitamină ajută la fixarea proteinelor pentru înnoirea celulară.

Un deficit de vitamina B6 produce oboseli, stări depresive, iritabilitate anormală şi o mai mare vulnerabilitate la infecţii.

Facem referire la tabelul de vitamine (capitolul 6 din prima parte) pentru a cunoaşte care sunt alimentele bogate in vitamina B6.

Nu vă lipsiţi de vitamina A

Această vitamină care ajută vederea nocturnă, menţine o bună stare a pielii şi a muşchilor. Aportul său zilnic trebuie să fie de 800 µg.

Un deficit de vitamina A (ceea ce priveşte 45 % din femeile peste 60 de ani) va fi responsabil de o piele uscată şi aspră, de o mai mare vulnerabilitate la infecţii pulmonare şi ORL şi de o sensibilitate anormală la soare.

- antioxidanţii şi mai ales vitaminele E şi C dar şi polifenolii, care au neîndoielnic proprietatea de a lupta împotriva îmbătrânirii datorită radicalilor liberi;
- fierul;
- magneziul;
- potasiul.

Toate statisticile arată că mai mult de jumătate din persoanele în vârstă au un aport zilnic deosebit de deficitar în nutrimente, în raport cu normele recomandate.

ATENŢIE LA REGIMURI !

Toate regimurile restrictive (hipocalorice, fără sare, fără grăsimi...) sunt periculoase pentru persoanele în vârstă căci sunt sursa dezechilibrelor.

Unele precauţii alimentare pot totuşi să fie de dorit, în anumite circumstanţe:

- insuficienţă renală severă;
- hipertensiune arterială gravă;
- afecţiuni coronariene evolutive;
- diabet foarte dezechilibrat.

În ce priveşte slăbirea, nu există decât două cazuri în care o pierdere de greutate poate fi medical justificată:

1. dacă suprasarcina ponderală handicapează persoana în deplasările sale atât de mult încât riscă să se regăsească ţintuită într-un fotoliu sau într-un pat din cauza obezităţii sale, sau atât de mult că îi produce un suflu grav cu insuficienţă respiratorie sau cardiacă.
2. dacă este prevăzută o intervenţie ortopedică pentru o artroză de şold sau de genunchi cu o montare de proteză.

Exceptând aceste două cazuri, este inutil – şi eu aş zice aproape crud- de a impune o slăbire printr-un regim hipocaloric.

Dacă persoana în vârstă o cere, principiile generoase ale metodei vor putea fi urmate (faza II) în măsura în care ele corespund unei alimentaţii optime. Ele vor trebui fi totuşi corectate ţinând cont de observaţiile precedente şi mai ales de nevoia de nutrimente.

A TE HRĂNI, ÎNSEAMNĂ A TE BUCURA ŞI A TE REUNI

Nu există alimentaţie durabil echilibrată decât dacă este variată şi respectă gusturile şi preferinţele fiecăruia. De aceea, accentul va fi pus pe calitate şi prezentare. Se vor „gastronomiza” felurile de mâncare, astfel încât să favorizeze pofta.

Dar, mai ales ambianţa, mediul înconjurător şi contextul de convivialitate în care trăieşte persoana în vârstă, sunt cele care vor juca marele rol asupra modului în care se

alimentează. Nimeni nu ignoră că luarea unei mese în compania altora, duce întotdeauna la a se mânca bine. Se va face deci efortul de a regăsi dimensiunea hedonistă şi epicuriană a hrănirii, căci este primordială.

Cum spunea Brillat-Savarin: „plăcerea mesei se regăseşte la toate vârstele, în orice condiţii, în toate ţările şi în toate zilele; se poate asocia tuturor celorlalte plăceri şi rămâne ultima pentru a ne consola de pierderea lor."

Să ştim deci să onorăm mesele (referindu-ne la cantitatea, calitatea şi delicatesele felurilor de mâncare, fr: *à la bonne chère*), departe de Diafoirus[52] .

7

MEDICAMENTELE PERVERSE

Unele persoane, felicită progresul ştiinţific al epocii noastre care a permis descoperirile medicaţiilor eficace pentru patologiile de referinţă. Dar în loc să facă uz într-un mod

[52] **Diafoirus** şi Purgon sunt doi medici pe care Molière îi ridiculizează în Bolnavul închipuit (*Le malade imaginaire).*

moderat şi limitat la strictul necesar, cetăţenii moderni au făcut din medicament un obiect de mare consum.

Trebuie să spunem că aceste ultime decenii, presiunea comercială a înfloritoarei industrii farmaceutice şi a intermediarilor săi a fost nu doar întoarcerea spre clientelă, a devenit un reflex al consumatorului datorită recurgerii sistematice la medicamente, chiar în cazurile cele mai uşoare. Medicii au contribuit larg la această „hipermedicaţie", după ce au remarcat că notorietatea lor era proporţională cu importanţa prescrierilor. Dacă se adaugă şi automedicaţia la această eliberare excesivă de reţete, se măsoară atunci importanţa fenomenului care nu ar fi decât un mic rău, în cazul în care nu ar avea consecinţele dăunătoare care se cunosc, asupra securităţii sociale.

Inamicul este faptul că această hipermedicaţie are, paradoxal, consecinţe asupra sănătăţii. Medicamentele nu sunt mereu produsele inofensive pe care le credem. Folosirea lor, mai ales când sunt excesive sau permanente, poate avea efecte perverse serioase. Efectele secundare ale unora dintre ele asupra îngrăşării sunt, în particular importante. Ori, acestea sunt desigur cele de care femeile, din nefericire, fac mare uz.

PSIHOTROPELE

Aceste medicamente sunt destinate să trateze diverse tulburări nervoase. Ele acţionează asupra unor centri ai creierului (hipotalamusul), care conţin „centrul foamei" ca şi zone de reglare a echilibrului ponderal. Hipofiza care orchestrează cea mai mare parte a secreţiilor hormonale ale glandelor endocrine ale organismului (pancreas, suprarenale, ovare) se găseşte sub dependenţa lor.

În familia psihotropelor se disting mai multe tipuri de medicamente.

ANTIDEPRESIVELE

Unele dintre ele precum Anafranil sau Trofanil, prescrise în cazul depresiilor nervoase severe cresc pofta de mâncare şi favorizează o atracţie pentru dulciuri, putându-se complica cu accese bulimice şi ronţăieli între mese. Ele agravează în plus insulinorezistenţa.

În caz de reală necesitate a unui tratament antidepresiv, s-ar prescrie mai bine noile medicamente precum Floxifral sau Prozac care nu produc risc de îngrăşare, în absenţa tulburărilor de comportament alimentar preexistente.

NEUROLEPTICELE

Citărm dintre ele Largactil, Melleril, Moditen şi Theralen. Ca şi precedentele ele cresc senzaţia de foame şi induc o preferinţă pentru glucide rele (dulciuri în particular).

TRANCHILIZANTELE ŞI ANXIOLITICELE

Femeile au prea des tendinţa, când întâlnesc o perioadă de angoasă sau unele dificultăţi existenţiale, de a se lăsa să cadă în capcana tranchilizantelor „salvatoare”. Trebuie să spunem că doctorii nu ezită să prescrie, fără nici o reţinere, chiar dacă le reclamă. Aşa că se ajunge la abuzuri regretabile, într-o ţară unde oamenii fără a fi nefericiţi sunt totuşi campionii consumului acestor faimoase „mici pilule de fericire”!

Ceea ce se ignoră poate, este că benzodiazepinele (Lexomil, Lysanxia, Temesta, Tranxene, Valium sau Xanax...) produc uneori tulburări ale atenţiei sau găuri de memorie care lipsesc femeile de întreaga capacitate a facultăţilor lor.

În plus, aceste medicamente pot creşte senzaţia de foame şi pot provoca o preferinţă sigură pentru dulciuri.

LITIUL (REGULATOR AL DISPOZIŢIEI)

Luarea sa sub formă de Neurolithium sau de Teralithe este însoţită de o sete intensă de băuturi dulci. De altfel, el perturbă uneori funcţionarea glandei tiroide, introducând astfel un nou factor de îngrăşare.

Faţă de aceste constatări, trebuie să adoptăm o atitudine de reflectare privitor la aceste medicamente care acţionează asupra psihismului. Luarea eventuală în greutate este variabilă de la o persoană la alta şi merge de la 2 la 30 de Kg. În plus, majorează riscul apariţiei bolilor legate de obezitate, deoarece aceste îngrăşări sunt în mod intolerabil „narcisistice” pentru subiecţi suferind deja de imaginea lor. Dacă, ca efect apare obezitatea, ea agravează adesea tulburările psihice şi acţionează de exemplu, în sensul unei rele adeziuni a bolnavei la medicament. Oprirea brutală a tratamentului, atunci când e motivată de luarea în greutate, ar putea fi dramatică şi ar putea destabiliza individul uneori, până la a-l conduce la suicid.

Deci datoria medicilor este de a se gândi la necesitatea tratamentului pe de o parte şi la problemele legate de efectele sale pe de altă parte. În unele cazuri, un prejudiciu psihiatric poate justifica prescrierea sau urmarea tratamentului cu preţul unei suprasarcini ponderale. În cazul unei simple nervozităţi, a unui stres rău administrat sau unor idei negre pasagere se va putea, căci este posibil să găsim destindere nervoasă dorind, apela la alte tehnici. Se vor putea alege mai ales terapiile în care femeia este activă: relaxarea, sofrologia sau yoga.

BETABLOCANTELE

Sunt medicamente care se prescriu pentru a trata hipertensiunea arterială sau pentru a preveni accidentele cardiace legate de insuficienţa coronariană. Totuşi indicarea lor a fost uneori importantă la tratamentul de fond al migrenelor sau la eliminarea unor tremurături legate de trac spre exemplu (Avlocardyl).

În general, ele îngraşă pentru că reduc termogeneza alimentară prin scăderea tonusului simpatic. Se pot însă înlocui, în acord cu cardiologul în caz de probleme cardio-vasculare, prin alte medicamente, ale căror efecte secundare asupra greutăţii sunt nule (inhibitori ai enzimei de conversie).

CORTIZONUL

Cortizonul produce îngrăşarea prin retenţia apei şi a sării. El perturbă şi metabolismul glucidelor. De aceea medicul nu îl prescrie cu uşurinţă.

Folosirea lui se justifică adesea, în cursul evoluţiei bolilor grave, când un pronostic vital sau funcţional poate fi pus în joc (reumatisme inflamatorii, alergii sau infecţii grave, cancere). Problema suprasarcinii ponderale rămâne atunci secundară şi se poate preveni când dozele de cortizon sunt puternice sau când tratamentul este prelungit, prin adoptarea unui regim strict fără sare şi controlat în glucide.

ANTIINFLAMATOARELE

Luarea de fenilbutazon nu este recomandată pentru tratamentul inflamaţiilor banale. Dar, unele medicamente aparţinând aceleiaşi categorii pot la unii subiecţi, în mod particular sensibili, să producă o luare în greutate de la 2 la 3 Kg. Adesea, acesta este dezavantajul datorat unei retenţii de apă şi a unei acumulări de grăsime.

Prescrierea de antiinflamatoare trebuie să fie bine gândită căci ea nu este întotdeauna necesară pentru orice angină sau afecţiune dentară, nici pentru orice puseu de reumatism sau la dureri datorate menstruaţiei, cu atât mai mult cu cât aceste medicamente expun la hemoragii digestive.

ANTIBIOTICELE

Antibioticele sunt larg utilizate în creşterea de animale domestice industrială, căci ele permit obţinerea unei luări în greutate superioară, de circa 10 % la animale.

Aceleaşi cauze producând aceleaşi efecte, nu există nici o raţiune pentru care mamiferele evoluate cum este omul, poate scăpa de aceleaşi consecinţe. De aceea tratamentul antibiotic trebuie să fie justificat şi scurt. Prescrierea prelungită nu trebuie să fie instaurată decât excepţional şi bazată pe argumente valabile.

Mai bine să preferăm mijloacele de care dispunem pentru a stimula imunitatea şi prevenirea apariţiei infecţiilor.

FORTIFIANTELE

Oboseala cum am văzut în prima parte a acestei lucrări, nu este decât un simptom. A o aborda ca fiind reclamată de corp şi iubind fortifiantele, din partea medicului nu este decât o atitudine pasivă, care înseamnă că încearcă să trateze consecinţele, fără a lua în considerare cauzele.

În doză puternică, fortifiantele au efectul de a provoca pofta de mâncare şi indirect de a produce îngrăşarea. Unele dintre ele conţin cantităţi, care nu sunt neglijabile, de zahăr (fiole, siropuri). Prescrierea lor mai ales la copii, poate constitui un mod de intrare în obezitate.

HORMONII FEMININI

Am tratat pe larg în capitolele precedente, efectele posibile ale pilulei ca şi pe acelea ale estrogenilor şi progestativelor prescrise cu ocazia menopauzei. Anumite medicamente pot interfera cu nutriţia, fie favorizând pierderea gustului (nu mai puţin de 43 remedii pot fi puse în cauză), fie supraîncărcând ficatul, ceea ce este susceptibil de a produce anomalii cu ocazia digestiei alimentelor. Să repetăm încă o dată, căci sensul corect trebuie întotdeauna să se impună. Unele medicamente nu trebuie să fie prescrise sistematic cu ocazia afecţiunilor banale –ele trebuie să răspundă unei stricte necesităţi- şi nici atunci când se pot înlocui prin medicamente care nu produc îngrăşarea. Medicul trebuie, nu doar să prevină bolnavul de riscul îngrăşării, dar şi să indice câteva precauţii de luat în scopul de a limita la maxim apariţia unei eventuale obezităţi.

Cu toate acestea, revin încă să insist asupra necesităţii unui dialog corect între medic şi pacient. Practicianul trebuie să ştie să explice recomandarea sa, fără a „înnegri tabloul”, referitor la o eventuală luare în greutate. Se ştie efectiv că este dificil de a se evalua riscul, ţinând cont de reacţiile eminamente variabile, care pot avea loc în funcţie de susceptibilitatea individuală.

ANEXE

ANEXA I

REŢETE

(extrase din lucrarea ***Reţete şi meniuri Montignac*****)**

COULIS[53] DE ROŞII
SOS DE CIUPERCI

CLAFOUTIS DE MERE MONTIGNAC
SPUMĂ DE CIOCOLATĂ
FONDANT DE CIOCOLATĂ AMARĂ

ANEXA II
FUNDAMENTELE METODEI MONTIGNAC DOVEDITE ŞTIINŢIFIC

În numărul din noiembrie 2001, *British Journal of Nutrition*, una din revistele ştiinţifice cele mai prestigioase, a publicat un studiu canadian care dovedeşte fundamentele ştiinţifice ale metodei M[54].

[53] **Coulis =** sos cald

Autorii acestui studiu sunt eminenţi cercetători ai Universităţii din Quebec, al cărui şef de vârf, profesorul Jean Dumensil, a pierdut 21 Kg în 1996 urmând metoda M. Impresionat de propria sa performanţă, el a vrut, în calitatea sa de cercetător, să aprofundeze misterele ştiinţifice.

A întreprins deci, cu echipa sa şi cu colaborarea a doi din colegii săi eminenţi (profesorul Angelo Tremblay, nutriţionist şi profesorul Jean-Pierre Despres, specialist în boli lipidice), un studiu experimental constând din compararea metodei M. cu regimurile obişnuite recomandate de instanţele medicale oficiale.

Pentru acest studiu, au fost recrutaţi 12 oameni, voluntari (vârsta medie: 47 de ani), cu o suprasarcină ponderală importantă (greutate medie: 103,5 kg). Indicele lor de masă corporală era ridicat (IMC: 33) cu toate că erau absolut sănătoşi.

Acest grup a fost deci supus la 3 regimuri diferite, durând câte 6 zile, cu intervale de repaus de 2 săptămâni între regimuri. Pentru fiecare perioadă de 6 zile, toate mesele erau luate la centrul de cercetare din spitalul Laval din Quebec. Bineînţeles, tot ce mâncau era calculat cu precizie.

Analizele sanguine au fost făcute la începutul şi la sfârşitul fiecărei perioade a experimentului, ultima zi făcând obiectul recoltării de sânge la fiecare oră, în scopul de a măsura variaţiile orare ale concentraţiei glucozei, insulinei şi trigliceridelor pe parcursul unei zile tip.

Cele trei regimuri ca au făcut obiectul experimentului erau următoarele:

Regimul 1: Cel recomandat de AHA (American Heart Association), asociaţie cardiologică americană. Acest regim este slab în aportul lipidic dar nu impune nici o restricţie cantitativă a hranei.

Regimul 2: Corespundea metodei M. care recomanda mai ales alegerea glucidelor dintre cele al cărui IG este scăzut. Natural, el nu comporta nici-o restricţie, participanţii putând mânca *ad libitum*[55] alimentele diferitelor meniuri.

Regimul 3: Corespundea dietei AHA (American Heart Association) dar limitată de această dată la acelaşi număr de calorii care au fost consumate spontan în timpul regimului 2, săptămâna M.

Regimul AHA a fost ales pentru că el constituia în America de Nord o referinţă în domeniul prevenirii bolilor cardio-vasculare. Acest regim nu a avut niciodată ca obiectiv principal slăbirea. El a fost conceput în principal, pentru a ameliora bilanţul lipidic. De aceea el nu comportă *a priori* restricţii cantitative. El nu stinghereşte experimentul, pentru că el este construit pe aceleaşi recomandări ca acelea pe care le fac nutriţioniştii oficiali: puţine grăsimi şi multe glucide, fără a face distincţie între acestea din urmă.

Ipoteza de plecare a lui Dumesnil era că regimul 2 (Montignac) va conduce participanţii la a mânca mai puţine calorii decât în regimul 1, de bine ce în amândouă cazurile pot mânca *ad libitum.* El a remarcat efectiv, urmându-l personal, că efectul de saţietate în cazul metodei

---

[54] Dumesnil J. G.,Tremblay A., „Effect of a low-glycaemic index – low fat – high protein dieto n the atherogenic metabolic risk profile of abdominally obese men", *British Journal of Nutrition* (2001)

[55] **Ad libitum** = După voie, după faptă, după plac; oricum (lat.)

M era foarte mare. Această ipoteză s-a confirmat de altfel exact, aşa cum vom vedea şi noi când îl vom urma.

În ce priveşte regimul 3, în măsura în care el era limitat în cantitate, se poate spune că era o versiune restrictivă a regimului AHA, ceea ce corespunde puţin regimurilor de slăbire care sunt prescrise în spitale şi de către majoritatea nutriţioniştilor tradiţionali.

REZULTATE ÎN TERMENI NUTRIŢIONALI

Era deci interesant de observat pentru fiecare experiment în parte numărul mediu de calorii ingerate dar şi repartiţia proporţională de micronutrimente a fiecăruia. La fel, era interesant de comparat variaţia greutăţii şi circumferinţa taliei chiar dacă perioada de observare nu a fost decât de 6 zile. Aceste rezultate sunt indicate în tabelul de mai jos:

	Regimul 1 (AHA de bunăvoie)	**Regimul 2** (Montignac de bunăvoie)	**Regimul 3** (AHA limitat)
Kcal	2798	2109	2102
Proteine	15 %	31 %	16 %
Lipide	30 %	32 %	30 %
Glucide	55 %	37 %	54 %
Greutate	+ 0,2 %	- 2,4 %	- 1,7 %
Circumferinţa taliei	+ 0,3 %	-3,0 %	-1,7 %

Prima remarca care se poate face este că numărul de calorii consumate în regimul 2 este cu 25 % mai mic decât în regimul 1, în condiţiile în care mâncarea era servită liber. Acest rezultat este cu atât mai surprinzător şi semnificativ cu cât consumul mai mic în regimul Montignac se face fără efort.

Profesioniştii nutriţiei ştiu că o diminuare de asemenea importanţă a aportului caloric nu este în mod obişnuit posibilă decât prin luarea de medicamente care taie foamea. De altfel, mare parte dintre acestea au fost retrase de pe piaţă, ţinând cont de efectele secundare. De exemplu, chestionarele completate de participanţi la sfârşitul experimentului arată că ei au fost perfect sătui în cursul urmării regimului M.

În schimb, chestionarele completate la sfârşitul regimului 3 (versiunea restrictivă a regimului AHA) arată că participanţii nu au fost sătui. Unii voiau chiar să părăsească experimentul, atât de rău suportau restricţia cantitativă. Acest comportament este de altfel perfect coerent cu refuzul regimurilor hipocalorice.

MECANISMUL PIERDERII ÎN GREUTATE

Reducerea spontană a aportului caloric în regimul 2 este una din explicaţiile succesului acestei metode. Urmarea ei este efectiv, deosebit de lejeră, în măsura în care se atinge uşor un nivel satisfăcător de saţietate, mâncându-se puţin.

Sunt două explicaţii ale acestui fenomen. Mai întâi proporţia de proteine consumate spontan este foarte importantă. Ori, numeroase studii au demonstrat că proteinele au un efect de saturaţie superior celui al altor nutrimente. Dar mai ales, glucidele în metoda M. sunt alese exclusiv printre cele care au un IG scăzut. Experienţa arătat că ele au şi un efect de saturaţie relativ ridicat. În plus, limitând vârful glicemic, glucidele cu IG scăzut împiedică hipoglicemiile reacţionale care prelungesc în general senzaţia de foame.

În termeni de pierdere în greutate şi de modificare a circumferinţei taliei, cu regimul 2 apare reducerea este cea mai semnificativă: de două ori mai importantă decât cu regimul 3, în condiţiile în care numărul de calorii consumate este identic.

DIFERENŢA ÎN TERMENI DE ECHILIBRU ALIMENTAR

Este interesant de observat raţia cantităţilor de nutrimente pentru regimurile 2 şi 3 în raport cu cele ale regimului 1. Tabelul de mai jos ne permite să cunoaştem mai bine variaţiile de la un regim la altul.

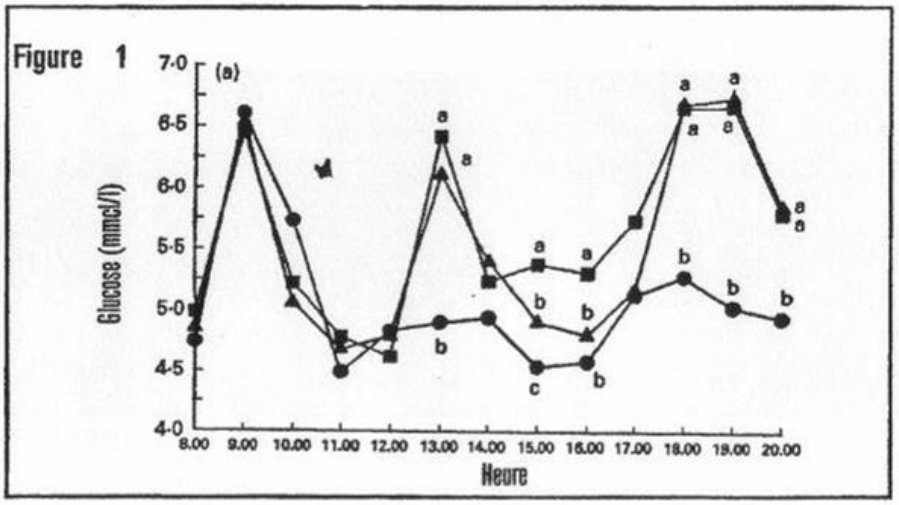
	Regimul 1 (AHA de bunăvoie)	**Regimul 2** (Montignac de bunăvoie)	**Regimul 3** (AHA limitat)
Kcal/zi	1,00	0,75	0,75
Proteine	1,00	1,55	0,80
Lipide	1,00	0,80	0,75
Glucide	1,00	0,51	0,74
Fibre	1,00	1,12	1,08

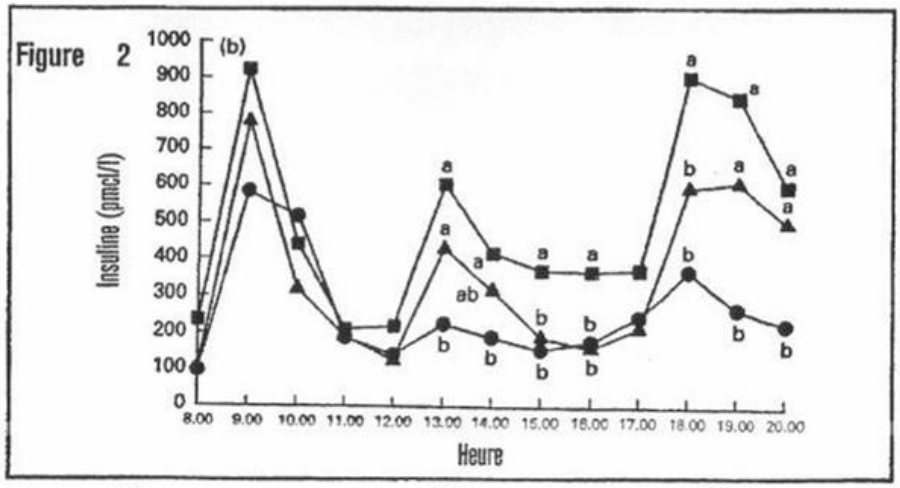
Astfel, în raport cu regimul de control (regimul 1) remarcăm că metoda M. produce spontan o diminuare cu 49 % a glucidelor şi cu 20 % a lipidelor, timp în care aportul proteic creşte cu 55 %. Este vorba aici, după părerea profesorului Dumesnil, de o modulaţie potenţial interesantă, cu atât mai mult cu cât diminuările se fac în detrimentul lipidelor rele şi glucidelor rele. Spre exemplu, nu a fost niciodată demonstrat că o creştere a aportului proteic de acest ordin, poate avea vre-un oarecare inconvenient.

REZULTATE ASUPRA CONCENTRAŢIEI DE GLUCOZĂ ŞI DE INSULINĂ

În acest studiu, era important pentru Dumesnil să pună în evidenţă efectele metodei M. asupra glicemiei şi insulinemiei, care sunt unul din fundamentele metodei.

Curbele de mai jos arată deci, evoluţia concentraţiei de glucoză şi de insulină observate de-a lungul ultimei zile din fiecare regim.





(a) (b) (c)
Symboles : ■ Régime 1 (AHA à volonté), ● Régime 2 (Montignac) ▲ Régime 3 (AHA limité en calories)

(Reproduit avec la permission du *British Journal of Nutrition*)

(Reprodus cu permisiunea *British Journal of Nutrition)*

În figura 1, conţinând glicemia, cele trei vârfuri corespund la trei mese. La micul dejun, cele trei regimuri induc o creştere sensibilă a glicemiei, în timp ce după prânz şi cină glicemia este inferioară cu metoda M. Vârful glicemic mai ridicat dimineaţa, acelaşi în metoda M., se explică prin faptul că este vorba de o masă cu predominantă glucidică a cărei rezultantă glicemică este mult mai ridicată decât la celelalte două mese.

Figura 2 arată că nivelurile insulinei sunt întotdeauna, indubitabil mai scăzute cu metoda M. (se înţelege după micul dejun). La sfârşitul zilei, concentraţia de insulină este de altfel asemănătoare cu aceea care era în timpul regimului M.

Acest punct, este în mod particular important căci demonstrează că potenţialul metabolic al alimentelor are importanţă mai mult decât conţinutul energetic, ceea ce constituie unul din fundamentele metodei M.

Rezultatele acestui studiu sunt dovada manifestată că, criteriile IG-ului pot fi utilizate pentru o bună cunoaştere a diminuării, în mod substanţial, a concentraţiei de glucoză şi insulină, procurând în totalitate un grad satisfăcător de saţietate. În acest fel se va putea

diminua sau preveni hiperinsulinismul, care este un factor de risc al diabetului, al obezităţii şi al unor afecţiuni cardio-vasculare.

REZULTATE ASUPRA PROFILULUI LIPIDIC

Din toate rezultatele observate în timpul acestui experiment, cele obţinute pe planul factorilor de risc cardio-vascular sunt cert cei mai spectaculoşi.

Tabelele următoare rezumă efectele celor trei regimuri privitor la profilul lipidic:

REGIMUL 1
(dieta AHA urmată de bunăvoie)

	Înainte	**După 6 zile**
Trigliceridele	1,77	2,27 *
Colesterolul total	4,96	4,94
Colesterolul LDL	3,22	3,07
Colesterolul HDL	0,92	0,83 *
Raportul colesterol total/colesterol HDL	5,42	5,98 *
* Indică o schimbare semnificativă a punctului de vedere statistic		

Schimbările statistic semnificative, sunt următoarele:

- o coborâre cu 10 % a colesterolului HDL (colesterolul „bun”);
- o creştere cu 9 % a raportului colesterol total/colesterol HDL ;
- o creştere cu 28 % a trigliceridelor.

Toate aceste schimbări sunt *negative* şi merg efectiv, împotriva rezultatului dorit.

Suntem obligaţi să constatăm că acest regim produce o agravare a factorilor de risc cardio-vascular. Ori să nu uităm, că acest mod de alimentare este, paradoxal, cel care este recomandat prin organismul american cel mai oficial în materie de prevenire cardio-vasculară. Este, de asemenea, chiar acela care este cel mai des prescris la pacienţi cu o boală cardiacă sau care prezintă o hipercolesterolemie.

REGIMUL 2
(Metoda M.)

	Înainte	**După 6 zile**
Trigliceridele	2,00	1,31 *
Colesterolul total	5,25	5,04
Colesterolul LDL	3,41	3,52
Colesterolul HDL	0,93	0,92
Raportul colesterol total/colesterol HDL	5,71	5,53
* Indică o schimbare semnificativă a punctului de vedere statistic		

Se notează în acest caz că, concentraţia colesterolului HDL rămâne neschimbată dar că, global concentraţia colesterolului regresează lejer. Raportul colesterol total/colesterol HDL se ameliorează deci.

Dar ameliorarea cea mai spectaculoasă se referă la concentraţia trigliceridelor care acuză o diminuare cu 35 %.

Diferenţa între concentraţia ultimei zile a regimului 1 şi ultimei zile a regimului 2 este încă mai semnificativă, pentru că ea este superioară cu 70 %.

REGIMUL 3

(dieta AHA dar cu un aport caloric identic regimului 2, sau o diminuare energetică de 25 % în raport cu regimul 1)

	Înainte	**După 6 zile**
Trigliceridele	1,76	1,63
Colesterolul total	5,01	5,05
Colesterolul LDL	3,24	3,38
Colesterolul HDL	0,96	0,91
Raportul colesterol total/colesterol HDL	5,26	5,65 *
* Indică o schimbare semnificativă a punctului de vedere statistic		

Singura schimbare semnificativă este aici negativă. Se constată efectiv, o creştere a raportului colesterol total/colesterol HDL, ceea ce merge împotriva efectului dorit şi trebuie deci, să fie considerată ca nefastă.

ALTE MĂSURĂTORI EFECTUATE

INSULINA

Concentraţia insulinei pe stomacul gol şi în consecinţă a hiperglicemiei provocată a fost măsurată la sfârşitul fiecărui regim.

S-a putut aşadar constata o diminuare deosebit de semnificativă a acestor parametri prin aplicarea regimului M. în condiţiile în care nu au avut nici un efect notoriu cu celelalte două regimuri.

Aceste rezultate merg, după părerea profesorului Dumesnil, în sensul unei diminuări a hiperinsulinismului şi a rezistenţei la insulină după ce a fost urmat regimul M. Şi ele sunt cu atât mai surprinzătoare cu cât sunt observate după doar 6 zile. Vin aşadar să consolideze teza potrivit căreia, rezistenţa la insulină (originea diabetului de tip II) are în mod majoritar o origine nutriţională şi mai ales un consum excesiv de glucide cu IG ridicat.

TALIA PARTICULELOR DE LDL

Acest parametru este efectiv considerat de acum încolo ca un factor de risc cardio-vascular, o talie mică fiind un factor care agravează riscul şi invers o talie mare fiind un factor minor.

Ori, urmând regimul M., s-a putut constata că talia particulelor dense de LDL era crescută de o manieră semnificativă, în timp ce ea nu era mărită cu celelalte două regimuri.

O modificare şi rapidă şi în sens pozitiv, doar prin modificarea alimentară, nu a fost descrisă niciodată, spune Dumesnil.

În acest context, este important să amintim că J-P. Despres (care a participat la acest studiu) a descris, spre exemplu, o triadă metabolică în mod particular ucigătoare, care multiplică prin 20 riscul de apariţie a unui accident coronarian. Această triadă se regăseşte mai ales la oameni care au o obezitate abdominală. Ea asociază:

- un hiperinsulinism;
- o creştere a apolipoproteinelor B (care transportă colesterolul LDL);
- o creştere a concentraţiei particulelor mici de colesterol LDL.

Acest profil lipidic este, din nefericire, destul de frecvent. Şi, după profesorul Dumesnil, metoda M. se arată în particular promiţătoare în aceste cazuri, cu atât mai mult cu cât acest tip de pacient răspunde adesea, mai puţin bine la tratamentele dietetice şi medicamentoase tradiţionale.

CONCLUZII

Acest studiu confirmă ideea că recomandările nutriţionale oficiale care au fost construite pe modele teoretice, păcătuiesc printr-o absenţă a rezultatelor. În unele cazuri, acestea din urmă merg chiar să contrazică sfârşitul cercetării.

Acest studiu demonstrează dealtfel, că metoda M. care pune esenţial accentul pe potenţialul metabolic al alimentelor (şi mai ales pe noţiunea de IG pentru glucide) permite într-un interval de timp foarte scurt (6 zile) să modifice pozitiv numeroşi parametri metabolici:

- reducţia calorică spontană, fiind pe deplin sătul;
- diminuarea greutăţii şi circumferinţei taliei;
- diminuarea glicemiei şi a insulinei pe parcursul zilei;
- diminuarea concentraţiei de insulină pe stomacul gol şi în consecinţă a unei hiperglicemii provocate;
- diminuarea concentraţiei colesterolului total;
- ameliorarea raportului colesterol total/colesterol HDL;
- diminuarea spectaculoasă (-35 %) a concentraţiei trigliceridelor;
- creşterea mărimii particulelor dense de colesterol LDL;

şi prin voia rezultatelor:

- diminuarea hiperinsulinismului şi insulinorezistenţei.

Acestea îl fac pe profesorul Dumesnil să spună, că metoda M. permite să slăbeşti într-o manieră eficace, fără frustrări (ceea ce ajută la menţinerea rezultatelor pe timp lung) şi că de altfel ea constituie un mijloc formidabil de prevenire (vezi de reducere) a factorilor de risc cardio-vascular şi de diabet de tip II.

ANEXA III
ADRESE UTILE

NATURGIE
(Produse alimentare MM)
(Service consumatori)

BP 250
92602 Asnieres Cedex
Tel.: 01047935959
Fax.: 0147939244

BOUTIQUE MICHEL MONTIGNAC
14, rue de Maubeuge
75009 Paris
Tel.: 0149959342

MONTIGNAC GOURMET FOOD STORE,
CAFE, RESTAURANT & WINE BAR
160, Old Brompton Road
London SW OBA
Tel.: 00442073702010
www.montignac.co.uk

Dacă doriţi să cunoaşteţi punctele de vânzare cele mai apropiate de dumneavoastră, în Franţa, contactaţi serviciul consumatorilor la 0147935959 sau pe site-ul de internet: www.michelmontignac.tm.fr

În ipoteza în care doriţi să intraţi în contact cu Michel Montignac sau cu unul din colaboratorii săi, mai ales pentru a obţine informaţii suplimentare asupra conţinutului acestei cărţi sau a metodei M. în general, puteţi trimite mesajele voastre la adresa de e-mail următoare: montignac@wanadoo.fr

ANEXA IV
PRIMA GAMĂ DE GASTRONOMIE NUTRIŢIONALĂ

Pentru a permite tuturor acelora care cunosc beneficiul solidelor obiceiuri alimentare, să regăsească în fiecare zi principiile esenţiale ale echilibrului nutriţional, MM a creat o gamă

de produse exclusive, specific cunoscute, cu plecare de la metoda sa. Este vorba despre produse autentice, bogate în fibre şi fără zahăr adăugat. Aceste produse au toate în comun posibilitatea de a aduce organismului glucide cu IG scăzut, noţiunea cheie a metodei M.

Orientată spre a regăsi permanent materii grase nesaturate şi absenţa zahărului adăugat, această gamă este născută pentru a descoperi „integralul", cuvântul suprem al metodei. Efectiv, toate nutrimentele de care organismul are nevoie sunt prezente în boabele de grâu integral (vitamine, săruri minerale, oligoelemente, acizi graşi esenţiali, proteine vegetale şi fibre). Ori, rafinarea exagerată a făinii albe provoacă suprapresiunea, aproape a tuturor acestor nutrimente, pentru a nu lăsa decât amidonul. Făina integrală este deci o făină naturală brută, care nu doar conservă totalitatea proprietăţilor nutriţionale de origine, dar asigură un IG scăzut (34 până la 40 potrivit gradului de rafinare, spre deosebire de 70 până la 85 pentru făina albă tradiţională).

Această primă gamă de gastronomie nutriţională este disponibilă sub marca MM în 1200 magazine în Franţa şi mai ales în:

- băcănii fine;
- magazine dietetice şi biologice.

Familiile de produse reprezentate, sunt în particular:

- brutăria, cu pâinile coapte din făină integrală;
- gemurile brute 100 % din fructe fără zahăr adăugat;
- pastele fabricate plecând de la o formulă de grâu dur „integral" rezultat din agricultură biologică;
- ciocolata amară şi cu puternic conţinut de cacao (72, 85 şi 99 % cacao, pentru a-i păstra excepţionalele calităţi nutriţionale);
- mici dejunuri frugale: cereale şi fructe bogate în fibre şi fără zahăr adăugat;
- compoturi, piureuri, sucuri de fructe, soia, fructe uscate, fructoză, sosuri şi condimente... elaborate în strict respect autentic, fără conservanţi, nici cu zahăr adăugat;
- orez, leguminoase, uleiuri, condimente şi sosuri provensale.

Pentru a şti mai mult despre această gamă de gastronomie nutriţională: Naturgie, BP 250, 92602 Asnieres Cedex – tel.: 0147935959, site internet: www.michelmontignac.tm.fr

CUPRINS

PREFAŢĂ
CUVÂNT ÎNAINTE
INTRODUCERE

PRIMA PARTE

Capitolul 1. MITUL CAZANULUI DE ABUR
Capitolul 2. FALSELE PISTE SAU GHIDUL „SLĂBIRII GREŞITE”
REGIMURI PE BAZĂ DE CALORII: PERICOL !
PACHEŢELELE ÎNŞELĂTOARE DE PROTEINE
Care este principiul lor ?
Care sunt inconvenientele lor ?
„NEPLĂCERILE” SUBSTITUITELOR DE MESE
MEDICAMENTELE MIRACULOASE
Diureticele
Laxativele
Extractele tiroidiene
Medicamentele care taie pofta de mâncare
Izomeridele
Orlistat (Xenical)
SUPLIMENTELE ALIMENTARE
L-carnitina
Plantele
Capitolul 3. COMPOZIŢIA NUTRITIVĂ A ALIMENTELOR
NUTRIMENTELE ENERGETICE
Proteinele
Glucidele
Lipidele (sau grăsimile)
NUTRIMENTELE NEENERGETICE
Fibrele alimentare
Apa
Sărurile minerale şi oligoelementele
Vitaminele
Capitolul 4. PENTRU CE NE-AM ÎNGRĂŞAT ?
EXPERIENŢA PÂINII CU UNT
Prima observaţie
A doua observaţie
REZULTANTA GLUCIDICĂ A MESEI
ZAHĂRUL
CARTOFII
FĂINA RAFINATĂ
OREZUL ALB ŞI PORUMBUL
AMELIOREAREA EFECTELOR ÎNŞELĂTOARE
Capitolul 5. METODA
VALOAREA ACORDATĂ HRANEI

PARADOXUL FRANCEZ
Un model amenințător
ADOPTAŢI BUNE OBICEIURI ALIMENTARE
FAZA I
TREI MESE PE ZI
IERARHIA CELOR TREI MESE
MICUL DEJUN
Mai întâi vitaminele
Fructele şi vitamina C
DIFERITE FORMULE DE MIC DEJUN
Micul dejun glucidic
Micul dejun protido-lipidic sărat
Micul dejun în întregime din fructe
GUSTĂRILE
DEJUNUL
Antreurile
Felul de rezistenţă
Brânză la desert ?
DEJUNUL „PE TEREN”
Dejun de fructe
Dejun de brânză sau ouă
CINA
RECOMANDĂRI PARTICULARE
1. Atenţie la sosuri
2. Sprijiniţi-vă pe ciuperci
3. Nu vă amăgiţi cu conversaţii
4. Controlaţi modul în care gătiţi
5. Atenţie la grăsimile rele
6. Câteva exemple de bun şi rău echilibru lipidic
7. Băuturile interzise
FAZA II
MICUL DEJUN AL FAZEI II
DEJUNUL FAZEI II
Aperitivul
Vinul
Pâinea
Intervale
CINA FAZEI II
SANDWICH INTEGRAL LA FAST-FOOD DIETETIC
PUNEREA ÎN PRACTICĂ A FAZEI II
Reguli generale ale fazei II
Capitolul 6. OBOSEALA: ŞI DACĂ AR FI ALIMENTAŢIA ?

HIPOGLICEMIA: PREA SIMPLU PENTRU A NE GÂNDI
Când se vorbeşte de hiper sau de hipoglicemie ?
Un simptom poate ascunde un altul...
Hipoglicemia funcţională
CELELALTE CAUZE ALE OBOSELII
Greşitele alegeri în macronutrimente
Carenţele în micronutrimente
Greşita gestiune a băuturilor alcoolice
Hipersensibilitatea la poluarea alimentară
Capitolul 7. PREVENIREA BOLILOR CARDIO-VASCULARE
COLESTEROLUL, „ESTE BUN PENTRU SĂNĂTATE”!
Dozajele sanguine
Riscurile cardio-vasculare
IMPERATIVELE NUTRIŢIONALE DE PUS ÎN PRACTICĂ
1. Pierderea în greutate
2. Limitarea aportului alimentar în colesterol
3. Alegerea lipidelor
4. Creşterea raţiei de fibre alimentare
5. Beţi puţin vin
6. Ameliorarea igienei de viaţă
7. Gândiţi-vă să reduceţi hiperinsulinismul
8. Prevenirea excesului de trigliceride în sânge
Ceea ce trebuie să ştim
Capitolul 8. ALIMENTAŢIE ŞI SPORT
REZISTENŢA ESTE CEA CARE PLĂTEŞTE
SPORTUL POATE FI BENEFIC
NU VĂ ÎNŞELAŢI OBIECTIVUL

PARTEA A DOUA

Capitolul 1. VARIAŢII PE O IMAGINE : CORPUL FEMININ
CANOANELE FRUMUSEŢII
CELE CARE SUNT GRASE ÎN IMAGINAŢIA LOR
CUM CALCULAŢI GREUTATEA IDEALĂ
Formula lui Lorentz
BMI (Body Mass Index) sau indice de masă corporală (IMC)
GEOGRAFIA GRĂSIMILOR
Măsura volumului de grăsime
Obezitatea androidă
Obezitatea ginoidă
Depozitele de grăsime profunde

STABILIŢI-VĂ UN OBIECTIV REALIST !
Capitolul 2. SIMBOLICA ALIMENTULUI
ALIMENT-REFUGIU
ALIMENT-PLĂCERE: O HRANĂ DE CIVILIZAŢIE
NECESITATEA UNEI REDESCOPERIRI
Capitolul 3. ADOLESCENTA
OPRIREA DELICVENŢEI ALIMENTARE !
Atracţia pentru alcool şi tutun
În ignoranţă noţiuni culinare de bază
PENTRU O EDUCAŢIE A „SĂ MÂNCĂM BINE”
1. Să avem un aport proteic suficient
2. Să asigurăm un aport de calciu satisfăcător
3. Să avem un aport corect de fier
4. Să avem un aport de vitamine optim
SLĂBIREA LA ADOLESCENTE
Bulimia şi anorexia
PENTRU UN COD DE BUNĂ CONDUITĂ ÎN MATERIE
SLĂBIREA
PILULA NE FACE SĂ NE ÎNGRĂŞĂM ?
ADOLESCENŢA, SPORT ŞI NUTRIŢIE
CUM SĂ AVEM O PIELE FRUMOASĂ ?
CUM SĂ PREVENIM CELULITA ?
Capitolul 4. FEMEIA DE 30 ANI
PROGRAMUL „ÎN PLINĂ FORMĂ”
1. Să asigurăm un aport suficient de magneziu
2. Să avem un aport satisfăcător de vitamina B6
3. Să avem un aport corect de vitamina C
4. Să evităm orice risc de hipoglicemie
FRÂNELE SLĂBIRII
Femeile sunt mai „grase” decât bărbaţii
O repartiţie de grăsime diferită
O sensibilitate sporită la hormoni
Un trecut al femeii „încărcat” în regimuri succesive
Atenţie la carenţele proteice !
Impactul stresului
SĂ MÂNCĂM BINE TIMP DE NOUĂ LUNI
...şi la fel înainte
In timpul sarcinii
INEVITABILA CELULITĂ
Remedii miracol
Marile mijloace
LUAREA ÎN GREUTATE DATORATĂ MEDICAMENTELOR

RETENŢIA DE APĂ
Cum să limităm efectele
CUM SĂ NE LĂSĂM DE FUMAT FĂRĂ SĂ NE ÎNGRĂŞĂM ?
ŞI DACĂ SUNTEŢI VEGETARIANĂ ?
Capitolul 5. FEMEIA DE 50 ANI
MENOPAUZA
Ce este menopauza ?
Consecinţele menopauzei
A mânca bine pentru a rămâne tânără
Cum protejează oasele sale
Tratamentul hormonal
MENOPAUZA ŞI GREUTATEA
CUM EVITĂM ÎNGRĂŞAREA LA MOMENTUL MENOPAUZEI ?
Fără tratament hormonal
Cu tratament hormonal
A slăbi în timpul menopauzei
CEILALŢI FACTORI INDIRECŢI AI MENOPAUZEI
Atenţie la deprimare
Atenţie la acidoză !
A FACE SPORT LA 50 DE ANI
Exerciţiul zilnic
FEMEIA DIABETICĂ
Diabetul de tip II sau „diabetul gras”
Diabetul de tip I sau „diabetul slab” (insulinodependent)
FEMEIA CONSTIPATĂ
Alimentaţia femeii constipate
FEMEIA COLITICĂ
În prezenţa diverticulozei colice
Dacă nu există diverticuloza colică
Sfaturi generale
PREVENIREA NUTRIŢIONALĂ A CANCERULUI
Ce este un cancer
Cauzele cancerului
Alimentele şi nutrimentele care pot fi cancerigene
Modul de a găti şi cancerul
Factorii alimentari protejând cancerul
Câteva principii generale de respectat
Capitolul 6. FEMEIA DE VÂRSTA A TREIA
ÎMBĂTRÂNIREA NATURALĂ
Modificările compoziţiei corporale
Tulburările funcţionale
Alterările metabolice

SCHIMBAREA MODULUI DE VIAŢĂ
Femeile trăind acasă
Femeile trăind în case de pensii sau în instituţii
DENUTRIŢIA CARENŢIALĂ
IDEILE PRECONCEPUTE DE COMBĂTUT
A MÂNCA BINE PENTRU A TRĂI MAI BINE
A suplini mai mica eficacitate a metabolismului
Nu uitaţi să beţi
Evitaţi carenţele în micronutrimente
ATENŢIE LA REGIMURI !
A TE HRĂNI, ÎNSEAMNĂ A TE BUCURA ŞI A TE REUNI
Capitolul 7. MEDICAMENTELE PERVERSE
PSIHOTROPELE
Antidepresivele
Neurolepticele
Tranchilizantele şi anxioliticele
Litiul (regulator al dispoziţiei)
BETABLOCANTELE
CORTIZONUL
ANTIINFLAMATOARELE
ANTIBIOTICELE
FORTIFIANTELE
HORMONII FEMININI

ANEXE

Anexa I : REŢETE
COULIS DE ROŞII
SOS DE CIUPERCI
CLAFOUTIS DE MERE MONTIGNAC
SPUMĂ DE CIOCOLATĂ
FONDANT DE CIOCOLATĂ AMARĂ
Anexa II : FUNDAMENTELE METODEI MONTIGNAC DOVEDITE ŞTIINŢIFIC
REZULTATE ÎN TERMENI NUTRIŢIONALI
MECANISMUL PIERDERII ÎN GREUTATE
DIFERENŢA ÎN TERMENI DE ECHILIBRU ALIMENTAR
REZULTATE ASUPRA CONCENTRAŢIEI DE GLUCOZĂ ŞI DE INSULINĂ
REZULTATE ASUPRA PROFILULUI LIPIDIC
ALTE MĂSURĂTORI EFECTUATE
Insulina
Talia particulelor de LDL
CONCLUZII
Anexa III: ADRESE UTILE
Anexa IV: PRIMA GAMĂ DE GASTRONOMIE NUTRIŢIONALĂ